



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA
ENFERMAGEM**

**ARACAJU
2017**

MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Luíza Conceição Gonçalves

**ARACAJU
2017**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

P644r Pimentel, Manuella Silva Leite
Rastreamento do câncer de mama na atenção básica: uma contribuição da enfermagem / Manuella Silva Leite Pimentel; orientadora Leila Luíza Conceição Gonçalves. – Aracaju, 2017.
102 f. : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Neoplasias da mama. 2. Programas de rastreamento. 3. Enfermagem em saúde comunitária. 4. Atenção primária à saúde. 5. Educação em enfermagem. I. Gonçalves, Leila Luíza Conceição, orient. II. Título.

CDU 618.19-006

MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Sergipe como
um dos requisitos para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: ____/____/____

Profª Drª Leila Luíza Conceição Gonçalves
(Presidente)

Profª. Drª Alzira Maria D'Ávila Nery Guimaraes
1ª Examinadora

Profª Drª Maria Cláudia Tavares de Mattos
2ª Examinadora

Prof. Drª Cristiane Franca Lisboa Góis
Suplente

PARECER

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o mais incidente na população feminina, excetuando-se os casos de pele não melanoma. Apesar do bom prognóstico, a mortalidade mantém-se elevada em decorrência do atraso para diagnóstico e tratamento da doença. A longa espera para realizar mamografia, consulta com o especialista e iniciar o tratamento favorecem a detecção da doença em estádios avançados, altas taxas de mortalidade e baixa sobrevivência. **Objetivo:** avaliar o rastreamento do câncer de mama na atenção básica sob a perspectiva das usuárias. **Método:** descritivo, transversal, realizada no município de Barra dos Coqueiros. A amostra foi composta por 295 mulheres de 52 a 69 anos usuárias das Unidades e Clínica de Saúde da Família do referido município em 2015. A coleta ocorreu de janeiro a setembro/2016, com um roteiro estruturado, utilizando protocolos e diretrizes nacionais publicados até 2014 como referenciais. Os dados foram duplamente digitados e validados no Excel/2010 e analisados pelo software R, versão 3.3.1. O nível de significância foi de 95% e a margem de erro de 5%. Foram calculados o intervalo de confiança e o *Odds Ratio*. Verificou-se a importância em realizar pesquisas em um município do Nordeste brasileiro, uma vez que essa região possui maior carência de recursos e infraestrutura no sistema de saúde, e assim fortalecer a detecção precoce pela enfermagem em Sergipe. **Resultados:** Dentre 295 mulheres, 15% realizou a consulta ginecológica há mais de dois anos. Segundo as usuárias, o enfermeiro realizou 95,6% das consultas e 96,21% dos exames clínico das mamas, o médico solicitou a 61,11% das mamografias e 60,98% das ultrassonografias durante consultas generalistas. Aproximadamente 66,0% das entrevistadas receberam informações sobre o rastreamento do câncer de mama. Destas, 44,41% citaram o enfermeiro por realizar as orientações. Pelo teste Exato de Fisher ($p < 0,05$) verificou-se que a classe médica foi a principal responsável por rastrear as usuárias de forma incompleta. A mamografia foi citada por 79,3% das usuárias e o sistema único de saúde foi sistema mais utilizado (54,2%). Mulheres assistidas pela unidade da zona urbana e com escolaridade acima de quatro anos tiveram maior acesso a solicitação da mamografia e ao exame clínico das mamas. A idade acima de 60 anos influenciou na adesão à mamografia. Confirmou-se que o rastreamento da atenção básica do município era inadequado ($p < 0,0001$). **Conclusão:** O rastreamento para o câncer de mama realizado pelos profissionais da atenção básica foi inadequado, devido a não realização do exame clínico. A escolaridade, o local de atendimento e a idade foram variáveis que interferiram na adesão ao rastreamento. O exame clínico das mamas teve menor frequência, porém a mamografia foi solicitada além do recomendado, confirmando o caráter oportunístico dos serviços. O enfermeiro foi o profissional mais atuante na consulta ginecológica, porém com necessidade de melhorar sua prática quanto ao rastreamento. O médico de saúde da família foi o principal responsável pela inadequada aplicação do rastreamento do câncer de mama.

Descritores em português: Neoplasias da mama; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most incident in the female population, except situations of non-melanoma skin cases. Despite the favorable prognosis, the mortality mortality is high due delay in diagnostics and disease treatment. The long wait to execute the mammography or to consult with the specialist can contribute to diagnostic of disease in highs levels, high mortality rates and low survival. **Aim:** to evaluate breast cancer screening in the primary health care from the users' perspective. **Method:** descriptive, transversal, performed in Barra dos Coqueiros city. The study was consisted from 295 women between 52-69 ages who used the primary health care in 2015. The data extraction happened between January and September 2016. The data were doubly digitized and validated in Excel/2010 and analyzed by software R, version 3.3.1. It was considered a level of significance of 95% and the border of error of 5%. Odds Ratio and confidence interval were calculated. It was notice the importance to do researches in a city of the brasilian northeast because this place is undeveloped about health care system and this way can make strong the early detection by nursing in Sergipe. **Results:** Among 295 women, 15% had a gynecological appointment more two years ago. The nurse executed 95,6% of the appointment and most of the clinical examination of breasts. The doctor asked 61,11% of the mammography and 60,98% of the ultrasounds during generalists appointments. About 66% of the interviewed got information about screening. In this case, 44,41% said that the nurse reviewed information by Exato de Fisher test ($p < 0.05$) was detected that users were identified inadequately by doctors. The mammography was mentioned for 79.3% of users and the Single Health System's and it was the most requested system (54.2%). Women who live in urban area and that studied over four years in their lives had greater access to mammography and the breast clinical exam. The age influenced to access the mammography. It was confirmed that screening in the primary health care was inappropriate ($p < 0,0001$). **Conclusion:** The Breast cancer screening that were executed by primary health professionals was inappropriate because the clinical exam in breast wasn't made according to the consensus document. The scholarship, place of care and age were variables that interfered in the screening participation. The breast clinical exam was few, but the mammography was beyond expectations and it was confirmed the opportunistic nature of the service. The nurse was the professional more present in the gynecological appointment, but when we talk about preventive methods to breast cancer there is much to improve. Family's health doctor was mainly responsible about inappropriate screening application of breast cancer.

Descritores em inglês: Breast Neoplasms. Mass Screening. Primary Health Care; Community Health Nursing; Education, Nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. CÂNCER DE MAMA: ESTADO DA ARTE	12
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O CÂNCER DE MAMA	12
2.2. FATORES DE RISCO, DETECÇÃO PRECOCE, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	14
2.3. RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	19
2.4. CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	24
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVOS GERAIS	28
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
4.1. TIPO DE ESTUDO E LOCAL DO ESTUDO	29
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	31
4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
4.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	33
4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
4.8.1 Variáveis Dependentes	34
4.8.2 Variáveis Independentes.....	35
4.9 VALIDAÇÃO E TESTAGEM DO INSTRUMENTO	36
4.9.1. Avaliação pelo Comitê dos Juízes	36
4.9.2. Teste Piloto	39
4.10. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS COLETADORES	40
4.12. SISTEMÁTICA DA COLETA DE DADOS	41
4.13 CONTROLE DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES	41

4.14 ANÁLISE DOS DADOS	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 ARTIGO I.....	45
5.2 ARTIGO II	61
6. CONCLUSÃO	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS	90
APÊNDICE C – CARTA CONVITE	96
ANEXOS	97

1. INTRODUÇÃO

Considerado como um problema de saúde pública, o câncer de mama está entre os tipos de câncer mais incidentes na população feminina no mundo, ficando atrás somente do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2014a; INCA, 2015; BRASIL, 2015b; IARC; 2014). A incidência é crescente e para 2015 foi estimada a ocorrência de 1,79 milhão de casos novos no mundo. (JEMAL et al., 2014; FERLAY et al., 2015).

As estatísticas indicam aumento considerável na incidência do câncer de mama nos países em desenvolvimento. Podem-se considerar como principais responsáveis por esse aumento a transição epidemiológica e demográfica aceleradas, o status socioeconômico baixo, a suscetibilidade genética e aos hábitos de vida modernos poucos saudáveis (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; JEMAL et al., 2014; FERLAY et al., 2015).

Para o Brasil, no biênio 2016-2017, foram estimados 57.960 casos de câncer mama. As maiores taxas de incidência concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, e as menores nas regiões Norte e Nordeste. Para Sergipe, estimou-se 450 casos no mesmo período (INCA, 2015a; BARON; SOUZA, 2012; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; CAETANO et al., 2013; DIKSHIT et al., 2012; AMARO et al., 2013).

Assim como a incidência, observa-se aumento na ocorrência de óbitos femininos por esta neoplasia. Regiões em desenvolvimento vêm apresentando altas taxas de mortalidade. Já regiões desenvolvidas, como Estados Unidos da América (EUA), conseguiram reduzir a mortalidade pelo câncer de mama e aumentar a sobrevida das mulheres após o tratamento (JEMAL et al., 2014; FERLAY et al., 2015).

Esse sucesso deve-se ao avanço para a detecção precoce com programas de rastreamento, associada à oferta de métodos diagnósticos e terapêutica efetiva e de qualidade nos países desenvolvidos. Por isso, organizações de saúde internacionais recomendam a adoção do rastreamento organizado baseado em experiências positivas no impacto do rastreamento na mortalidade e na sobrevida. Considera-se o rastreamento mamográfico o método mais indicado para rastrear o câncer de mama pela sua especificidade e sensibilidade elevadas para detectar tumores imperceptíveis à palpação da mama (SILVA; RIUL, 2011; SILVA et al., 2013; MARTIM et al., 2013; INCA, 2015a; FERLAY et al., 2015; JEMAL et al., 2014; USPSTF, 2009).

Em contrapartida, os países em desenvolvimento, atualmente, são responsáveis pela maior parcela de mortes por câncer de mama no mundo. Um dos

fatores que contribuem para as altas taxas de mortalidade é a detecção tardia. No Brasil, a maioria das neoplasias da mama em usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) é detectada em estádios avançados (III e IV), e, geralmente, pela própria mulher, durante a palpação ocasional da mama (BARROS; UEMERA; MACEDO, 2012; GONÇALVES, 2013; LIMA et al., 2011).

A escassez de recursos e a infraestrutura inadequada contribuem para o aumento do retardo na detecção e instituição da terapêutica para o câncer de mama. O desconhecimento e incompreensão da etiologia do câncer e dificuldade em intervir em certos fatores de risco, também, favorecem ao diagnóstico tardio (LIMA et al., 2011; RENCK et al., 2014; FREIMANIS; YACOBOSZI, 2014; BARROS; UEMERA; MACEDO, 2012; GONÇALVES, 2013).

Contudo, nos últimos anos, evidencia-se uma evolução das políticas públicas brasileira para a saúde da mulher de forma a objetivar o desenvolvimento de assistência integral, englobando situações diversas de saúde e vulnerabilidade como o câncer de mama. Seguindo esse raciocínio, para conter o avanço desta doença no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu em 2004 o manual intitulado “Controle do câncer de mama: documento do consenso”, o qual dispõe sobre as recomendações para o rastreamento do câncer de mama (INCA, 2004). Pelo documento, recomenda-se a mamografia como exame primordial para rastrear mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos. O exame clínico das mamas é indicado para mulheres a partir dos 40 anos e deve ser realizado anualmente por profissionais da saúde, complementando a ação da mamografia (FERLAY et al.; 2015; INCA, 2004).

Segundo a Política Nacional da Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), o rastreamento deve ser contemplado por todos os níveis de atenção e por uma equipe multidisciplinar. Entre os níveis de atenção, a Atenção Básica pode ser considerada como a porta de entrada para atender mulheres prioritárias para o rastreamento pela sua capilaridade e possibilidade em captar a maioria da população feminina em risco. Neste nível desempenham-se ações de promoção, proteção à saúde e prevenção, como a solicitação da mamografia e o exame clínico das mamas, as quais permitem detectar casos no estágio avançado da doença, e assim reduzir custos a partir da busca de assistência eficiente e de qualidade (ATLAS et. al, 2010; BRASIL, 2005, 2012, 2013b).

Em se tratando dos profissionais de saúde, o médico de saúde da família e o enfermeiro são responsáveis por desenvolver ações e oferta de métodos para o rastreamento por possuir habilidades técnicas e devem estar em conformidade com

protocolos nacionais (BRASIL, 2012, 2013b). Nesse espaço, o enfermeiro tem um importante papel por ser capacitado para acompanhar a saúde da mulher em todas as fases da vida, inclusive frente ao risco de câncer de mama. Além de realizar a consulta integral à mulher, esse profissional desenvolve atividades educativas junto com a população de forma a sensibilizar as mulheres sobre a importância do acompanhamento periódico da saúde das mamas (CAVALCANTE et al., 2013; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012; GOMES et al., 2012; CÂNDIDO, 2013; MARIANO E SOUSA, 2014).

Em vista do impacto que essa doença gera para a população feminina, essa temática é bastante discutida e revisada por estudos internacionais, principalmente, por países desenvolvidos devido a sua efetividade como medida preventiva secundária para combater essa neoplasia, uma vez que ações de prevenção secundária ainda não conseguem conter o avanço da doença (FERRAT et al., 2013; BRASIL, 2015d; WARNER; HEISEY; CARROLL, 2012; ATLAS et. al, 2010; TAGGART; DONNELLY; DUNN, 2012; SMITH; COKKINIDES; BRAWLEY, 2012).

Apesar de existir evidências que comprovem que o rastreamento populacional organizado do câncer de mama é efetivo como estratégia para a sua detecção precoce, no Brasil predomina o rastreamento oportunístico. Esse tipo de rastreamento favorece a prática de diferentes condutas na atenção à saúde da mulher, a exemplo dos municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste (FERRAT et al., 2013; GIORDANO et al., 2012, SILVA T B. et al., 2013; LAGES et al., 2012, LIMA et al., 2011; RENCK et al., 2014; FREIMANIS; YACOBOSZI, 2014; BARRETO; MENDES, 2012; ARRUDA et al., 2015).

Estudar o rastreamento para a neoplasia mamária e a atuação dos profissionais é relevante por se tratar de um problema que depende da gestão local e dos profissionais de atenção básica para que o controle da doença ocorra de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, do Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Experiências isoladas de rastreamento organizado realizadas no Sul e Sudeste confirmam a sua eficácia e possibilidade de ser implantado no país. Por outro lado, estudos realizados nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste mostram as limitações e problemas do rastreamento oportunístico. Porém, este fenômeno ainda não está bem esclarecido no nordeste brasileiro, se considerar que a diversidade cultural, as diferenças regionais e a carência de recursos nesta região interferem no desenvolvimento de ações

em saúde (CALLEFI et al., 2009; MARTINS et al., 2015; CATAFESTA et al., 2015; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015; LOPES et al., 2015; MORAES et al., 2015; CALLEFI et al., 2010; SILVA et al., 2013; RIBEIRO; CALLEFI; POLANCZYK, 2013; RENCK et al., 2014; HAIKEL et al., 2012; SCHNEIDER et al., 2014; DE CASTRO MATTOS et al., 2013; MARCHI; GURGEL, 2010; BUSHATSKY; BARROS; CABRAL, et al., 2014; GONÇALVES et al., 2009; KAMEO et al., 2015; RODRIGUES et al., 2012; ARRUDA et al., 2015; BARRETOS; MENDES; THULER, 2012; LAGES et al., 2012; LIMA et al., 2011; JACOMÉ et al., 2011; GONÇALVES et al., 2009; INAGACKI et al., 2008; MONTENEGRO et al., 2012).

Os resultados do estudo podem subsidiar gestores e profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, no planejamento de estratégias de detecção precoce e consolidação de políticas públicas de saúde e programas de rastreamento para o câncer de mama.

2. CÂNCER DE MAMA: ESTADO DA ARTE

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O CÂNCER DE MAMA

A neoplasia mamária consiste no surgimento de tumores na mama e em regiões adjacentes ocasionados pela proliferação descontrolada de suas células. Compromete estruturas mamárias (lóbulo e ductos mamários), circunvizinhas e demais órgãos (metástase), que compromete a rede linfática da região axilar, subclavicular e do externo. Sua etiologia é desconhecida, porém se sabe que alterações genéticas ou adquiridas por exposição a fatores ambientais provocam esse descontrole característico do câncer de mama (BRASIL, 2013b; GONÇALVES, 2013; INCA, 2015a).

Sua incidência é elevada nos países desenvolvidos devido à presença constante dos fatores de risco, tais como pessoais, ambientais e comportamentais (IARC, 2014; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011). É mais frequente entre mulheres acima de 50 anos, sendo responsável por, aproximadamente, 25% dos casos novos no ano de 2012 (JEMAL et al., 2014; FERLAY et al., 2015; INCA, 2015b). A incidência varia entre as diferentes regiões do mundo, com as maiores taxas na Europa Ocidental (96/100 mil), e as menores na África central e Ásia oriental (27/100 mil) (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; INCA, 2015b; JEMAL et al., 2014).

O surgimento de casos novos em regiões menos desenvolvidas vem superando a incidência em regiões mais desenvolvidas desde 2012, correspondendo a 883.000 e 794.000 casos, respectivamente (IARC, 2014; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; JEMAL et al., 2014). O processo de industrialização e a transição demográfica e epidemiológica nos países em desenvolvimento contribuem para o aumento da incidência. Entre 184 países, 76% registram o câncer de mama como o diagnóstico mais comum na população feminina (IARC, 2014; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; JEMAL et al., 2014).

A estimativa para o ano de 2016 no Brasil apontou um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015b). Nos últimos anos, ocorreu uma alteração nos valores das incidências em relação à concentração de casos do câncer de mama no Brasil. Atualmente, a população feminina afetada concentra-se na região Sul (74,30/100 mil), seguida da região Sudeste (68,08/100 mil). O Centro-Oeste apresenta uma taxa de 55,87/100 mil mulheres e o Nordeste 38,74/100 mil. A região Norte mantém os dados de incidência

diferentes das demais regiões brasileiras, pois o câncer de mama permanece como o segundo tumor mais incidente (22,26/100 mil), após o câncer de colo de útero. (INCA, 2014, 2015b).

Entre os estados brasileiros, Sergipe encontra-se em 21º lugar no ranking, com um total de 450 casos novos estimados no período de 2016-2017 (INCA, 2015b). Para a capital sergipana, foram estimados 230 casos novos no mesmo período, com uma taxa bruta de 71,88 por 100 mil mulheres (INCA, 2015b). Por meio da pesquisa em sites oficiais do Ministério da Saúde não foi possível extrair os valores referentes à incidência do município sergipano Barra dos Coqueiros, ficando inviável reconhecer a situação do município sede deste estudo (INCA, 2013, 2015b).

No que se refere a mortalidade, o câncer de mama é a quinta causa de morte por câncer em geral no mundo, segunda na população feminina de países desenvolvidos e primeira entre as mulheres de países em desenvolvimento. (INCA, 2015b; JEMAL et al., 2014; IARC, 2014; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011). Em 2013 os óbitos por câncer de mama entre a população feminina ocuparam o primeiro lugar no Brasil (16,1%), assim como na região Nordeste (14,9% óbitos) (INCA, 2015b; JEMAL et al; 2014; FERLAY et al; 2015)

Apesar do impacto da neoplasia mamária na mortalidade, observa-se, nos países desenvolvidos, diminuição de aproximadamente 2,3% ao ano nos países desenvolvidos, (MARTINS et al 2013). Essa redução vem sendo atribuída a implantação de programas de rastreamento organizado nesses países, com acesso às estratégias de detecção precoce e tratamento em tempo oportuno. Consequentemente, a sobrevida aumentou, aproximadamente, 85% no período de cinco anos (2005 a 2009) (JEMAL et al; 2014; KARSA; ARROSSI, 2013; INCA, 2015c; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

Já nos países em desenvolvimento, a realidade é oposta. Ocorreu aumento da mortalidade e redução da sobrevida no mesmo período (70%). No Brasil, a sobrevida em cinco anos aumentou entre os períodos de 1995-1999 e 2005-2009 de 78% para 87% (INCA, 2015b; KARSA; ARROSSI, 2013; INCA, 2015c; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

2.2. FATORES DE RISCO, DETECÇÃO PRECOCE, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Fatores como idade, estilo de vida, aspectos endócrinos, reprodutivos e genéticos estão intimamente relacionados ao desenvolvimento do câncer de mama (BRASIL, 2004; SILVA; RIUL, 2011). O conhecimento dos fatores é extremamente importante para que os profissionais de saúde realizem a busca ativa da população prioritária (BRASIL, 2010; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGEN, 2012).

A predisposição genética, pela presença de mutações nos genes BRCA 1 e BRCA 2, corresponde uma média de 5 a 10% do total de casos desta neoplasia, sendo, portanto, um dos fatores de risco para o câncer de mama. Enquadram-se nesse risco mulheres que possuem: histórico familiar de um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) acometidos pelo câncer de mama antes dos 50 anos de idade; histórico familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; e histórico familiar de câncer de mama masculino. Além disso, mulheres que apresentaram lesão mamária proliferativa atípica ou neoplasia lobular *in situ*, também, possuem risco aumentado para essa neoplasia (BRASIL, 2004, 2013b; JEMAL et al.; 2014).

Os aspectos endócrinos e reprodutivos estão relacionados ao estímulo de estrogênio prolongado, ou seja, quanto maior o tempo que a mulher recebe o estímulo deste hormônio feminino, maior será o risco de desenvolver o câncer de mama. Desta forma, pode-se citar os seguintes fatores: mulheres com menarca precoce (primeira menstruação antes dos 12 anos), menopausa tardia (após 50 anos); ocorrência da primeira gravidez após 30 anos; nuliparidade; terapia de reposição hormonal pós-menopausa (BRASIL, 2004; SILVA, A. P. S et al., 2011; JEMAL et al.; 2014).

Os hábitos de vida modernos poucos saudáveis adotados pelas mulheres também são considerados fatores de risco, podendo-se destacar: tabagismo, ingestão de bebida alcoólica mesmo que em quantidade moderada, sedentarismo e obesidade. Mulheres com idade inferior a 35 anos expostas a radiações ionizantes elevam o risco para o câncer de mama.

Entre os fatores de risco, a idade é o principal para o desenvolvimento do câncer de mama. Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos possuem uma maior predisposição a desenvolver a neoplasia da mama. O câncer de mama é raro antes dos 35 anos, porém em

mulheres jovens seu crescimento é rápido e muito agressivo, sendo descoberto, principalmente, entre 40 e 60 anos em estádios avançados e por vezes com metástase. Em contrapartida, o aleitamento materno exclusivo e a prática regular de atividade física são considerados como fatores protetores (CÂNDIDO, 2013; SILVA; RIUL, 2012; BRASIL, 2015a, 2014a; JEMAL et al.; 2014).

O contato e a exposição frequente aos fatores de risco geram um efeito acumulativo e a possibilidade de desenvolver o câncer cresce com o decorrer da idade. Não existe uma causa específica isolada responsável pelo câncer de mama. No entanto, a relação entre os fatores modificáveis e não modificáveis poderá definir o risco de câncer para cada mulher (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014; JEMAL et al.; 2014; CÂNDIDO, 2013).

Apesar da dificuldade para prevenir o câncer de mama, algumas estratégias adotadas para combater certos fatores de risco devem ser incentivadas pelos gestores e profissionais de saúde. Estratégias de promoção à saúde, como o combate à obesidade, ao tabagismo e a adoção de hábitos de vida saudáveis são algumas das recomendações básicas para prevenir esse câncer (BRASIL, 2014a; INCA, 2015b).

Embora a detecção precoce não reduza a incidência deste tipo de câncer, estudos clínicos realizados nos Estados Unidos da América demonstram a eficácia da aplicação da mamografia como métodos preventivos reduzir a mortalidade (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGEN, 2012; BRASIL, 2014a, NATIONAL CANCER INSTITUTE; 2012).

A detecção precoce consiste na forma de prevenção secundária do CM, a qual objetiva identificar a doença em estádios iniciais e, assim, tratar imediatamente, visando um melhor prognóstico. É possível combater o câncer no órgão de origem, evitando a invasão de células malignas em tecidos adjacentes ou a metástase em órgãos distantes. Se realizada de forma eficaz e no momento oportuno, a detecção precoce poderá ainda detectar lesões pré-malignas, evitando o desenvolvimento do câncer propriamente dito (BRASIL, 2014a; STEIN et al., 2009; ZAPPONI; TOCANTIS; VARGEN, 2012).

Existem duas estratégias de detecção precoce: diagnóstico precoce e rastreamento (BRASIL, 2010; 2014; 2015b). O diagnóstico precoce visa identificar mulheres com sinais e sintomas iniciais da doença, tendo em vista a qualidade e a integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado da doença. Baseia-se no tripé: 1) população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; 2) profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e 3) sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e integral (BRASIL, 2010; 2014; 2015b; JEMAL et al.; 2014).

No rastreamento, os testes são realizados em mulheres sadias, com o intuito de identificar a doença em sua fase pré-clínica, anterior ao desenvolvimento e manifestação dos sinais e sintomas. Ele pode ser caracterizado como oportunístico ou organizado, a depender da sistemática do acompanhamento da população-alvo (BRASIL, 2010; 2014; 2015b).

São considerados métodos para detectar o câncer de mama: exame clínico das mamas, autoexame das mamas, mamografia, ultrassonografia, ressonância nuclear magnética e tomossíntese. Contudo, recentes estudos internacionais recomendam a mamografia como o principal método para detectar precocemente o câncer de mama (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014; USPSTF, 2009).

O exame clínico das mamas é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, que deve ser realizado em todas as consultas clínica-ginecológica, independente da faixa etária, com periodicidade mínima anual. Permite avaliar sinais e sintomas, a fim de detectar lesões suspeitas de câncer e descartar condições benignas por meio da inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares, axilares e supraclaviculares. Durante o exame, os profissionais têm a oportunidade de alertar a mulher sobre o câncer de mama, enfatizando os sinais de alerta, os riscos e medidas preventivas (BRASIL, 2012; 2013b; 2015b; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS, 2011).

Como vantagem, o exame clínico não gera custos adicionais, podendo ser empregado como método alternativo em locais com recursos precários. Suas desvantagens estão relacionadas, principalmente, a falta de capacitação do profissional de saúde que realiza a consulta à mulher, à baixa especificidade e sensibilidade em detectar tumores pequenos (BRASIL, 2015b; MITTRA et al., 2010; SANKARANARAYANAN et al., 2011).

Mesmo sem a comprovação científica de seus benefícios como método de rastreamento, o exame clínico das mamas deve ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação (BRASIL, 2013; USPSTF, 2009; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS, 2011)

A mamografia é um exame eficaz por possuir maior especificidade e sensibilidade para identificar lesões suspeitas e tumores não palpáveis em mulheres assintomáticas. Quando a mamografia é dirigida às mulheres que contemplam a faixa etária prioritária, ela é considerada de rastreamento. Será considerada como diagnóstica quando realizada em mulheres que apresentam qualquer sintomatologia sugestiva de CM (GONÇALVES, 2013; INCA, 2012; BRASIL, 2015b).

Conforme Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) 97,5% (2.381.991) das MMG realizadas pelo SUS em 2013 foram de rastreamento. No Nordeste, no ano de 2012, foram realizadas 377.118 mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 59 anos e 134.786 nas de 60 a 69 anos. Em Sergipe, foram realizadas 9.647 na faixa de 50 a 59 anos e 2.997 na faixa de 60 a 69 anos. Segundo informações do INCA, em 2012, somente 31 mamografias de rastreamento foram realizadas pela população feminina de Barra dos Coqueiros na faixa prioritária (AZEVEDO E SILVA et al., 2014; BRASIL, 2015a).

No entanto, existe a possibilidade de subnotificação dos dados. O baixo registro nos sistemas de informações e a implantação de um novo sistema de informação, o Sistema de Informações do Câncer (Siscan), podem ser os responsáveis por essa situação. Outra possibilidade é o fato da população do interior realizar exames nas capitais, e estes são registrados pelos municípios fornecedores dos serviços, como é o caso da capital sergipana (INCA, 2015a; AZEVEDO E SILVA et al., 2014).

A ultrassonografia consiste em um método complementar à MMG, indicada nos casos de lesões palpáveis e presença de mamas densas observadas, principalmente, em mulheres com idade inferior a 35 anos. Ela pode ser indicada quando a mamografia revelar a presença de nódulos sem expressão, nódulos similares a cisto ou com densidade assimétrica, e para detectar lesões ocultas no exame clínico e da mamografia (BRASIL, 2013b; GONÇALVES, 2013; SILVA, A. B. A, 2011).

Esse método de exame de imagem possui importantes vantagens no diagnóstico do câncer de mama, como: ausência do uso de radiação ionizante; acuidade diagnóstica independente da densidade mamária; e auxílio durante a biópsia mamária, servindo como guia para a condução do instrumento. Suas desvantagens estão na detecção de microcalcificação e na limitação de diferenciação entre as alterações mamárias (BRASIL, 2015d).

A ressonância nuclear magnética é um método que possui maior sensibilidade para detectar lesões mamárias quando comparada com a mamografia e a ultrassom. É capaz de detectar possíveis angiogêneses em decorrência do aumento da pactação do contraste pelas células cancerígenas. Em contrapartida, ainda é um método com custo elevado, e pode gerar risco à saúde devido à duração do procedimento e à necessidade de injetar contraste durante o exame (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS, 2011; CANALE; BALLEYGUIER; DROMAIN, 2013).

A tomossíntese mamária é considerada como uma evolução da mamografia digital que permite visualizar a estrutura tridimensional com técnicas de imagens sofisticadas. Ela oferece múltiplas imagens, a partir de cortes finos feitos em diferentes ângulos da mama,

passíveis de serem reconstruídos pelo computador em imagens tridimensionais (BELFER, 2012; DIEKMANN; BICK, 2011).

Essa tecnologia permite detectar lesões ocultas por sobreposição do tecido mamário e estruturas, que se apresentam como assimetrias, distorções arquiteturais ou nódulos espiculares. Por isso, é indicado para mulheres com mamas densas que possuem maior risco de desenvolver o câncer de mama (GILBERT et al., 2010; SKAANE et al., 2012; MICHELL et al., 2012).

A partir da suspeita identificada pelos métodos já mencionados, é necessário realizar a confirmação diagnóstica e o estadiamento do câncer a partir da utilização de outros recursos. Para tanto, existem os exames citológicos de materiais obtidos por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histologia de tecidos provenientes da punção por agulha grossa (PAG), ou ainda a coleta de material por meio da biópsia cirúrgica convencional. (BRASIL, 2004, 2013b).

O estadiamento do câncer fundamenta-se na classificação dos tumores malignos (TNM) proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Com o auxílio de outros exames de imagem (p. ex. tomografia) e anatomopatológicos, pode-se classificar o tumor de acordo com o seu tamanho, comprometimento de linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão comprometido e presença ou não de metástase (BRASIL, 2004, 2014a; SILVA, A. B. A, 2011).

Confirmado o diagnóstico, a escolha do tratamento dependerá das características do tumor, do estadiamento da doença, dosagem de receptores hormonais, da idade e das condições de saúde da mulher. Com base nestas informações, podem ser recomendados tratamentos sistêmico ou locorregional. A reabilitação funcional e suporte psicológico, também, fazem parte do tratamento. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, com o objetivo de prevenir complicações decorrentes do tratamento (BRASIL, 2004, 2013b, 2014a).

Os tratamentos locorregionais são a radioterapia e cirurgia. As modalidades das cirurgias variam desde as de conservação da mama (setorectomia, tumorectomia alargada e quadrantectomia), até a retirada dos gânglios axilares ou linfonodos sentinelas, e, por fim as cirurgias não conservadoras (mastectomia e seus tipos) (BRASIL, 2004, 2014a; GONÇALVES, 2013).

A terapia sistêmica baseia-se na aplicação de quimioterápicos, hormonioterapia ou na utilização de anticorpos monoclonais. A quimioterapia, também, pode ser indicada anterior ou posteriormente à cirurgia, (neoadjuvantes e adjuvantes, respectivamente). Nos casos em

que existem receptores hormonais positivos, a hormonioterapia está indicada (BRASIL, 2004, 2014a).

Independentemente da escolha do tipo de tratamento, este deverá ser realizado por uma equipe multiprofissional. Suas ações interdisciplinares têm como foco fornecer uma assistência integral à mulher, e por isso devem ser iniciadas a partir do diagnóstico. Essa equipe deve ser composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista (INCA, 2012).

2.3. RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O rastreamento é a estratégia internacionalmente recomendada para detectar a doença em sua fase assintomática, por meio da realização de exames simples em pessoas saudáveis. Engloba ações interdependentes e simples, e forma mais indicada para buscar a população-alvo. Desde o final da década de 1990 que a metodologia para o rastreamento vem sendo revisada, e diversos países passaram a adotar a estratégia de *breast awareness*, que significa estar alerta para a saúde das mamas (SILVA; HORTALE, 2012; USPSTF, 2009; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS, 2011).

Um programa de rastreamento para o câncer de mama contempla um conjunto de ações e tecnologias em prol da redução da mortalidade, da morbidade e melhora da qualidade de vida e sobrevivência da população-alvo. Os tipos de rastreamento baseiam-se na forma de como será realizada a busca da população-alvo e na complexidade do seu acompanhamento. Para tanto, existem os rastreamentos oportunístico e organizado ou populacional (USPSTF, 2009; FERRAT et al., 2013).

O rastreamento organizado é sistematizado e voltado para a detecção precoce, oferecido a toda a população feminina considerada prioritária de abrangência populacional. As mulheres que se enquadram nos critérios elegíveis para o rastreamento (idade e presença de fatores de risco) são convocadas a participar do programa pelos serviços de saúde para realizarem exames periódicos recomendados. (BRASIL, 2010, 2013b).

Uma vez participante do programa, sua trajetória será acompanhada ao longo de sua duração e do caminho a ser percorrido pela usuária na condução dos casos dentro dos níveis de atenção à saúde. Ocorre, também, a avaliação do desempenho de cada etapa, objetivando garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados (BRASIL, 2010,

2013b). A sua implantação favorece a redução dos gastos e da mortalidade, com tratamento menos agressivo e com melhor prognóstico (BRASIL, 2010; NELSON et al., 2009).

O rastreamento oportunístico é uma estratégia ofertada às mulheres que vão às unidades de saúde sem uma periodicidade estabelecida com uma queixa qualquer que não seja necessariamente relacionada à mama (FERRAT et al., 2013; SILVA; HORTALE, 2012). Não existe sistematização, monitoramento e avaliação das etapas do processo. Em geral, os profissionais de saúde adotam a consulta clínico-ginecológica como um espaço para captar a mulher (BRASIL, 2010; 2013b).

Deve-se salientar que a adoção do rastreamento oportunístico como estratégia de controle ao câncer de mama tem menor efetividade no impacto sobre a morbidade e mortalidade e é mais oneroso para o sistema de saúde. Contudo, a maioria dos serviços de saúde no mundo adota essa estratégia (BRASIL, 2010; SILVA; HORTALE, 2012).

Ainda assim, a estratégia oportunística é relevante na abordagem às mulheres que buscam os serviços de saúde de forma espontânea, independentemente da sua queixa de saúde. No Estado do Maranhão, o programa de rastreamento oportunístico é amplamente incentivado e utilizado pelos profissionais de saúde, reconhecendo sua relevância para detectar precocemente o CM (LIMA et al.; 2011)

Apesar do Ministério da Saúde recomendar a adoção do rastreamento organizado, não existe um programa nacional implantado. (RIBEIRO; CALEFFI; POLANCZYK, 2013; SILVA, R; HORTALE, 2012). Alguns municípios da região Sudeste e Sul — cujos índices de mulheres afetadas por essa neoplasia estão entre os mais altos do país — possuem em suas diretrizes o rastreamento mamográfico organizado (INCA, 2011b; BRASIL 2014a; 2015a; RENCK et al., 2014; MATTOS; CALEFFI; VIEIRA, 2013).

Países europeus publicaram suas diretrizes clínicas, as quais indicam que o rastreamento mamográfico para risco populacional deve ser realizado na faixa de 50 a 69 anos (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2012; GIORDANO et al., 2012). Justifica-se essa recomendação devido às questões fisiológicas da mama de mulheres abaixo dos 50 anos, que possuem maior densidade, resultam em menor sensibilidade do exame e menor especificidade. A realização da mamografia em mulheres abaixo dos 50 anos acarretaria aumento de biópsias e exames de imagem que não necessariamente levariam a um diagnóstico. (INCA, 2015a; USPSTF, 2009).

Há, também, o risco de expor a mulher à radiação ionizante, excessiva ou mal controlada, o que leva a aumento do acúmulo de radiação em mulheres jovens, podendo gerar sobrediagnóstico de câncer de mama e/ou sobretratamento (HENDRICK, 2010; SILVA;

HORTALE, 2012; STEIN et al., 2009; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS, 2011; INCA, 2015a, 2014).

Em mulheres com 70 anos ou mais, a possibilidade de sobrediagnóstico e sobretratamento são maiores devido à fisiologia da mama feminina nessa faixa etária. E quando se realiza o rastreamento, a espera pelo diagnóstico ou a possibilidade de apresentar efeitos colaterais decorrentes de exames invasivos afetam muito o psicológico da mulher por aumentar os níveis de ansiedade enquanto aguarda o resultado (INCA, 2015a, 2014; SILVA; HORTALE, 2012; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS, 2011).

Em contrapartida a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) e a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) recomendam uma rotina de rastreamento com mamografia a partir de 40 anos devido à agressividade do tumor que atinge mulheres jovens. Nessas mulheres os tumores costumam comprometer os linfonodos, apresentarem receptores de estrogênio negativos e superexpressão de HER2 (USPSTF, 2009; ROSA; RADUNZ, 2012; BRASIL, 2013). Para mulheres de 50 a 74 anos o rastreamento mamográfico deve ser bienal, estendendo a faixa prioritária para o rastreamento do câncer de mama (USPSTF, 2009; CTFPHC, 2011).

Em mulheres com idade inferior a 50 anos, o rastreamento deve levar em consideração os riscos que ela apresenta e ponderar os benefícios e danos que a exposição à radiação pode gerar. Por isso, a decisão deve ser tomada pela mulher, após receber todas as informações sobre a doença e o rastreamento (USPSTF, 2009; CTFPHC, 2011).

É importante salientar que as evidências são insuficientes para contraindicar a mamografia de rastreio para mulheres com 40 anos. Também, não existem evidências comprovando a importância de se recomendar o rastreamento mamográfico em mulheres com 75 anos ou mais, devido à maior possibilidade de sobrediagnóstico e sobretratamento (NELSON et. al., 2009; USPSTF, 2009).

A *International Agency for Research on Cancer* (IARC) ampliou a idade do início do rastreamento para 45 anos, pois a mamografia consegue detectar tumores em seus estádios iniciais. Assim, a partir dos 45 anos os benefícios deste exame superariam os seus riscos. Ressalta que essas mudanças são válidas para pacientes de baixo risco. Caso a mulher já possua um histórico familiar, as recomendações serão personalizadas (JEMAL et al., 2014; USPSTF, 2009).

Pelo Consenso de 2004, a população prioritária para rastreamento mamográfico são mulheres entre 50 e 69 anos de idade, com risco populacional, justificado pela contenção

de gastos desnecessários (INCA, 2004; 2015^a, 2015c; BRASIL, 2010). Já para mulheres na faixa de 40 a 49 anos e acima dos 75 anos, o Ministério da Saúde posiciona-se contra o rastreamento mamográfico pela possibilidade dos danos superarem os benefícios. Entre 70 e 74 anos, o Ministério da Saúde é contrário ao rastreamento mamográfico devido à incerteza dos danos e benefícios (BRASIL, 2014; 2015b).

Apesar disso, em 2008, a Lei nº 11.664 passou a assegurar a realização da MMG a todas as mulheres a partir dos 40 anos pelo SUS (BRASIL, 2008; SILVA, R. F. C., 2012; RIBEIRO; CALEFFI; POLANCZYK, 2013). A Sociedade Brasileira de Mastologia ratifica que a mamografia deve ser iniciada a partir dos 40 anos, uma vez que a incidência do câncer de mama aumentou muito em mulheres jovens. Este aumento alcança quase 20% dos casos diagnosticados¹.

Em relação à periodicidade do exame, o Ministério da Saúde e o Consenso da União Européia preconizam que o rastreamento mamográfico da população-alvo seja realizado no mínimo a cada dois anos, por ser tão eficiente quanto o anual. Para a recomendação desse intervalo considerou-se a história natural da doença e a necessidade de reduzir os riscos de exposição à radiação (SILVA; HORTALE, 2012; BRASIL, 2004, 2013b, 2015d). Já a *American Cancer Society* juntamente com a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2011) e a *National Comprehensive Cancer Network* (2013) recomendam o rastreamento com exame clínico regularmente como método complementar à mamografia.

Para a população feminina na faixa de 40 a 49 anos com risco habitual, até 2014 o Ministério da Saúde recomendava realizar o exame clínico, a fim de detectar alguma alteração. Se detectada, a mamografia seria indicada, com posteriores intervenções conforme seu resultado. (BRASIL, 2004, 2013b; RIBEIRO; CALEFFI; POLANCZYK, 2013).

No entanto, evidências internacionais foram insuficientes para avaliar os benefícios e malefícios do exame clínico em mulheres com 40 anos, pela incerteza que este exame pode acarretar. Por isso, alguns países europeus, a China, o Japão e o Uruguai não recomendam o exame como método de rastreamento. (IARC, 2014; USPSTF, 2009. NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014; JEMAL et al., 2014).

Ao avaliar riscos e benefícios, o exame clínico das mamas pode gerar o dobro de casos falso-positivos e biópsias desnecessárias em relação a mamografia bianual, não conferindo vantagens para a sobrevivência das mulheres. Ao mesmo tempo, o excesso de exames

¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Recomendações para a mamografia divergem entre EUA e Brasil.** Acesso em 20 de maio de 2017. Disponível em <http://www.sbmastologia.web1333.kinghost.net/index.php?option=com_content&view=article&id=935:recomendacoes-para-mamografia-divergem-entre-eua-e-brasil&catid=169:2016&Itemid=890>

aumenta a exposição das mulheres à radiação, dificulta o acesso de mulheres que nunca realizaram o exame e, conseqüentemente, eleva os gastos para o sistema de saúde de forma desnecessária (NELSON et al., 2009; SILVA; HORTALE, 2012).

Em relação aos demais métodos de imagem, na literatura científica ainda existem controvérsias sobre a especificidade, sensibilidade, custo e o impacto na redução da mortalidade por esta neoplasia. Para tanto, o Ministério da Saúde brasileiro posiciona-se contra o uso desses métodos, sejam isolados, sejam em conjunto com a mamografia por entender que os possíveis danos provocados por esses métodos provavelmente superam os possíveis benefícios (BRASIL, 2015b).

Nenhum estudo randomizado confirmou até o momento os benefícios e malefícios da ultrassonografia e da ressonância para rastrear o câncer de mama em mulheres com risco populacional. Como também, não há evidência científica que comprove que esses métodos reduzem a mortalidade (GARTLEHNER et al., 2013; USPSTF, 2009, NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014).

Quanto a tomossíntese, detectou-se aumento da sensibilidade e da especificidade no rastreamento quando associada a mamografia digital tradicional, com conseqüente aumento no número de cânceres detectados e redução da taxa de reconvocação por resultados anormais (RAFFERTY et al., 2013). Contudo, ainda não foram identificados estudos que comprovassem a eficácia da tomossíntese em relação à mortalidade, ao sobrediagnóstico e ao sobretratamento (BRASIL, 2015d).

Atualmente, é consenso internacional que o principal método para rastrear e diagnosticar precocemente o câncer de mama é a mamografia. Ela possui evidências de maior especificidade que os demais métodos, sendo, portanto, o exame elegível para detectar esta neoplasia em estádios iniciais (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014; USPSTF, 2009; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS, 2011)

A condução do rastreamento perpassa todos os níveis de atenção à saúde. No Brasil, a atenção básica constitui o nível de atenção mais indicado para realizar o rastreamento do câncer de mama, por estar em conformidade com as prerrogativas da Política Nacional de Atenção Oncológica e do Documento de Consenso (BARON; SOUZA, 2012; BRASIL, 2004; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012).

2.4. CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) consiste em uma estratégia organizacional do sistema de saúde, composta de serviços com densidades tecnológicas diferentes, que busca garantir atenção integral a todos os cidadãos. Baseia-se em experiências positivas de outros países ao propor a organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados. Reafirma os princípios e diretrizes do SUS como a regionalização, hierarquização e descentralização, permitindo responder com efetividade, eficiência, segurança e equidade às condições de saúde da população brasileira, sejam agudas ou crônicas (BRASIL, 2010b; 2015c MENDES, 2011).

Considerando a importância epidemiológica do câncer e sua magnitude como problema de saúde pública, foi publicada a Portaria nº 2.439/2005, a qual dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica, e a Portaria nº 4.279/2010, que define diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, como forma de garantir a pessoa com risco de desenvolver um câncer ou que apresenta uma neoplasia uma melhoria do fluxo de atendimento à saúde (BRASIL, 2005; 2010b).

A Portaria nº 874/2013, que incorpora a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, trouxe a proposta para incorporar a assistência à pessoa com câncer dentro da RAS. Dessa forma, possibilita a oferta de serviços à pessoa com câncer de forma integral e em conformidade com os princípios do SUS, disponibiliza ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, perpassando todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013a; 2015a).

A RAS coloca a Atenção básica à saúde como o centro de comunicações das redes e níveis de atenção, a qual favorece a integração e articulação entre os serviços de saúde e os diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2010b, 2015a; MENDES, 2011). Seu caráter é estratégico na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas por possuir maior capilaridade e capacidade de identificar as necessidades de saúde da população (BRASIL; 2013).

Segundo Brasil (2012), esse nível de atenção contempla “um conjunto de ações de saúde [...] que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos” (BRASIL, 2012, pág. 19) e atende o indivíduo e a coletividade por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e

participativas. Reafirma a descentralização, atende a população adscrita e é considerado o contato preferencial dos usuários por ser a principal porta de entrada (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde” no Brasil são considerados como equivalentes, justamente por contemplar para este nível de atenção os mesmos princípios e diretrizes. Contudo, pela concepção de alguns estudiosos, as diferenças na terminologia não os configuram como equivalentes, ao compreender que o termo “básico” se refere a um conceito banal, banalizado. Já “primário” remete à ideia de primeiro contato ou principal (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2007; STARFIELD et al., 2005; MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009). Em contraste com a tendência internacional, o Ministério da Saúde entende que o termo “básico” vem de base, fundamental, e por isso tornou-se a expressão oficial para denominar a atenção primária à saúde no Brasil (BRASIL, 2012; MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

Na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família foi responsável por reorientar o modelo de atenção à saúde. A estratégia desenvolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2011a; STARFIELD et al., 2005). Portanto, a atenção básica deve fornecer um cuidado integral à saúde das mulheres, especialmente, para a detecção precoce do câncer de mama. As equipes de saúde deste nível de atenção dispõem de ferramentas intelectuais e técnicas que permitem realizar ações de prevenção primária e secundária dentro da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010a; 2013b; 2014a).

Em conformidade com o supracitado, Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p 7) relata ainda que “a questão do rastreamento e do diagnóstico de doenças é tema relevante na prática da Atenção Primária à Saúde”. Este nível de atenção é considerado como o que melhor possibilita implementar os programas de rastreamento do câncer de mama no Brasil. As ações bem-sucedidas da estratégia saúde da família demonstram que é possível iniciar o rastreamento desta neoplasia, incorporando-o às ações de prevenção primária e secundária (BRASIL, 2013b).

Para fortalecer essas ações, a RAS considera a atenção básica como um nível de atenção importante para o combate ao câncer de mama, pois, engloba ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, diagnóstico precoce, cuidados paliativos e ações clínicas para o seguimento de usuários tratados. (BRASIL, 2005).

É papel da atenção básica, por meio de sua equipe multiprofissional, esclarecer sobre os fatores de risco e de proteção para o câncer de mama, de forma a evitar a

superestimação ou subestimação desse risco. O médico, assim como o enfermeiro, deve saber identificar, por meio da anamnese e do exame clínico, os casos com suspeita do câncer e referenciá-los para investigação diagnóstica (BRASIL, 2013b).

Todos os integrantes da equipe de saúde devem coordenar o cuidado à mulher na RAS, ofertar ações e métodos preventivos para o câncer de mama, direcionando e orientando quanto aos cuidados que devem ser seguidos. Dessa forma, permite-se reduzir os custos do sistema de saúde ao evitar a aplicação de ações desnecessárias para cada caso (BRASIL, 2011, 2010; INCA, 2012; SILVA, A. P. S., 2011).

O enfermeiro nesse nível de atenção possui liberdade e autonomia para exercer suas atividades frente ao câncer de mama. Como, também, deve possuir habilidades técnicas com bases científicas para atuar em todo o processo saúde/doença, desde a prevenção aos cuidados paliativos. Segundo a Resolução nº 311/2007 do Código de Ética do Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe (COFEN), o enfermeiro também atua na recuperação e reabilitação da saúde (COFEN, 2007, 1986).

Além de atribuições comuns com os demais profissionais, o enfermeiro possui atividades inerentes privativamente à profissão. As atribuições do enfermeiro são respaldadas pela Portaria nº 2488/2011 e pela Lei nº 7.489 na AB (BRASIL, 2011a, COFEN, 1986). Uma delas é a consulta de enfermagem, a qual engloba solicitação de exames complementares, encaminhamentos quando necessários, conforme protocolos ou normas técnicas de abrangência nacional ou local, deliberada pela Resolução COFEN nº 159 (COFEN, 1993; CATAFESTA et al., 2015).

São atribuições do enfermeiro as seguintes atividades preconizadas para o rastreamento do câncer de mama: realizar o exame clínico das mamas em todas as mulheres a partir dos 40 anos; solicitar a MMG de rastreamento em mulheres que se encontram na faixa prioritária; avaliar o risco da usuária para a doença; explicar sobre a doença, sinais e sintomas de alerta; fazer a busca ativa da população feminina que se encontra na faixa etária prioritária; programar e implementar ações de educação em saúde. Além disso, esse profissional, como integrante da equipe de saúde, participa das demais ações, as quais visam satisfazer as necessidades de saúde da população, garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência e resolutividade (BRASIL, 2012; COFEN, 2007; ZAPPONI; TOCANTIS; VARGENS, 2012; CAVALCANTE et al., 2013; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013; CÂNDIDO, 2013).

Em parceria com os agentes comunitários de saúde, realiza a busca ativa das mulheres que se encontram na faixa prioritária do câncer de mama, como também, identifica

aquelas que possuem maior risco para desenvolver o câncer, e assim, realizar a busca ativa dessas mulheres na área adscrita (BRASIL, 2012).

Apesar do importante papel do enfermeiro na atenção básica, pode-se observar barreiras para esse profissional desenvolver o rastreamento (CAVALCANTE et al., 2013; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). Na Europa e EUA, o enfermeiro é considerado um profissional importantíssimo dentro do programa. Ele atua “desde a seleção de mulheres e o diagnóstico até o tratamento do câncer de mama, participando do gerenciamento, educação, desmistificação, acesso das mulheres, coleta de dados e apoio psicológico” (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013, p 587).

No Brasil, o enfermeiro deve atuar de maneira significativa na identificação dos problemas de saúde da mulher e estabelecer estratégias que proporcionam a prevenção e recuperação da saúde. Por meio da consulta de enfermagem, ele consegue desenvolver uma assistência integral e de qualidade para a população feminina, facilitando o rastreamento precoce do câncer de mama (CATAFESTA et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2012).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

- Avaliar o rastreamento do câncer de mama na atenção básica sob a perspectiva das usuárias.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama realizadas pelos profissionais da atenção básica;
- Verificar a proporção de mulheres que realizam o rastreamento do câncer de mama conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, utilizando recursos públicos ou privados;
- Averiguar as barreiras para realizar a mamografia;
- Verificar associação entre o rastreamento do câncer de mama e aspectos sociodemográficos.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de corte transversal, desenvolvido no município de Barra dos Coqueiros (GIL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2011). Cidade fundada em 25 de novembro de 1953, situada no estado de Sergipe à margem esquerda do rio Sergipe, fazendo fronteira com a capital sergipana, localizando-se na zona litorânea do Estado, ao longo do Oceano Atlântico. Seu clima é úmido e quente, compatível com a região Nordeste do Brasil, com temperatura média oscilando entre 20°C e 30°C. Sua extensão territorial é de 90,32 km². Possui como municípios limítrofes Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Pirambu. Faz parte da região metropolitana de Aracaju, da qual dista três quilômetros (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015).

A partir do ano 2000, esse município passou por um processo intenso de urbanização, inicialmente, com a implantação do Terminal Portuário Marítimo Inácio Barbosa. Aspectos como a aceleração industrial, as novas descobertas de reservas de petróleo e gás em águas profundas no litoral, a construção de um Parque Eólico e a implantação de grandes empreendimentos habitacionais, colocou Barra dos Coqueiros em quinto lugar no ranking de densidade populacional do Estado. Também, contribuiu para essa situação o fortalecimento do comércio com a abertura de serviços, decorrente do processo de metropolização da capital Aracaju (SANTOS, VILAR; 2013; MENEZES, VASCONCELOS; 2011).

Esse crescimento iniciou de forma secundária ao crescimento da capital sergipana, pois seu avanço ocorreu em direção aos municípios vizinhos, gerando uma intensa relação socioeconômica entre a capital e as cidades circunvizinhas. Assim, a população economicamente menos favorecida buscou fixar residência em cidades vizinhas a capital, como Barra dos Coqueiros, a qual se caracteriza como cidade dormitório (MENEZES, VASCONCELOS; 2011).

Acrescenta-se ainda seu elevado potencial ambiental para o turismo, o qual impulsionou a ocupação territorial por meio do êxodo rural, construção de equipamentos turísticos e casas de veraneio. Após a construção da ponte que liga Barra dos Coqueiros a Aracaju, em 2006, a ocupação territorial ocorreu de forma rápida e intensa com a construção de

vários condomínios residenciais, estabelecimentos comerciais e crescimento populacional e modificações territoriais, assim, a zona rural começou a ser transformada em zona urbana (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015; MENEZES, VASCONCELOS; 2011).

Segundo o último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, Barra dos Coqueiros possuía 28.093 habitantes, uma densidade de 304,41 habitantes/km², IDH de 0,649 e PIB per capita de R\$ 9.845,30 (IBGE, 2015). Em um período de 10 anos (2000 a 2010) o contingente de pessoas residentes em Barra dos Coqueiros aumentou mais de 40% (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015; MENEZES, VASCONCELOS; 2011).

Em função da próxima com capital, refletindo os problemas sociais, econômicos, de saúde, devido ao processo de urbanização, por ser uma cidade localizada na região metropolitana de Sergipe, e por não possuir uma estrutura de serviços de saúde adequada para atender a demanda de sua população, escolheu-se este município para realizar o estudo (BARBOSA et al, 2015; SANTOS, VILAR, 2013; PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015; IARC, 2014; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; JEMAL et al; 2014; SCHMIDT et al, s/d).

Os serviços de atenção secundária e terciária, como de diagnóstico (p. ex. laboratorial, de imagem, etc.) são ofertados por municípios vizinhos, como a capital sergipana, por meio de clínicas conveniadas com o SUS e convênio estabelecido entre os dois municípios, já que o município de Barra dos Coqueiros não dispõe de serviços de média e alta complexidade (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015).

A Atenção Básica do município é composta por três Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na zona rural e uma Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na zona urbana. Dispõe de oito equipes de saúde da família, sendo que duas equipes de saúde são responsáveis pelo atendimento da população da zona rural do povoado de Atalaia Nova e áreas adjacentes na USF Ana Luiza DORTAS Valadares, como também na USF Sr. Gileno de Jesus, no povoado Jatobá, e na USF Nossa Senhora do Carmo, situada no povoado Capão (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015).

As demais equipes realizam seus atendimentos para a população urbana do município na CSF Santa Luzia. Também, funcionam nesta clínica as especialidades médicas de Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica, Psiquiatria e Cardiologia. Nesta clínica funciona ainda um serviço

de urgência, onde são prestados os primeiros atendimentos e em seguida esses casos são referenciados (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015).

Os atendimentos ocorrem das sete às dezesseis horas e as especialidades funcionam uma vez por semana, atendendo os usuários previamente agendados e referenciados pelos profissionais da equipe (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS, 2015).

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Barra dos Coqueiros, por meio de uma carta de apresentação e solicitação de coleta de dados, e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sendo aprovado com a numeração do CAAE: 38571314.0.0000.5546. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual foi assinado pelos sujeitos da pesquisa que concordaram em participar do estudo, garantindo-lhes o direito de privacidade, bem como de se ausentar da investigação em qualquer fase do processo.

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por todas as mulheres sadias ou assintomáticas, na faixa etária prioritária para rastreamento do câncer de mama, de acordo com o Documento do Consenso (2004), de 50 a 69 anos, residentes no município de Barra dos Coqueiros, que eram assistidas pelas equipes, totalizando uma população de 1.541 mulheres (IBGE, 2015). É importante ressaltar que em se tratando de câncer de mama, o site do Inca registra a realização de somente 31 mamografias de rastreamento para esta população em 2015².

²INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES SILVA. Brasil. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de mama. **Painel de indicadores do câncer de mama**. INCA, 2015. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/indicadores>. Acesso em outubro 2016.

A amostra foi do tipo não probabilística e intencional, por necessitar do julgamento do pesquisador no campo para selecionar os possíveis participantes, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

Para o cálculo amostral foram considerados o total da população feminina na faixa prioritária, os 93% de SUS dependência do município em 2015 e a cobertura do rastreamento mamográfico preconizada pelo Ministério da Saúde (60% da população-alvo) (BRASIL, 2009). O tamanho da amostra baseou-se na fórmula para estudos transversais de população finita, apresentada a seguir, utilizando-se uma margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A partir desse cálculo, este estudo apresentou uma amostra de 295 mulheres. A partir desse cálculo, o estudo apresentou uma amostra de 295 mulheres.

Vale ressaltar que, para evitar o viés do estudo, somente foram entrevistadas mulheres com idade entre 52 a 69 anos. Assim, evitou-se abordar mulheres que iniciaram o rastreamento para o câncer de mama no momento da coleta.

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2} = \frac{1413 \cdot 0,6 \cdot 0,4 \cdot 1,96^2}{0,6 \cdot 0,4 \cdot 1,96^2 + (1413 - 1) \cdot 0,05^2} = 295$$

Em que:

n = tamanho da amostra;

N = 93% do tamanho da população de mulheres de 50 a 69 anos assistidas pelas equipes de saúde da família, obtida a partir de informações do site do IBGE (2015);

p = proporção populacional de indivíduos pertencentes a categoria em estudo (proporção de 60%);

$q = 1 - p$;

Z = valor crítico da distribuição Normal (0,1);

α = nível de significância, onde $\alpha = 5$;

E = margem de erro, cujo valor foi $E = 5$.

4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para alcançar os objetivos traçados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser mulher, ter idade entre 52 e 69 anos, possuir cadastro nas equipes de saúde do município, realizar consulta ginecológica em uma das unidades ou clínica de saúde da família do município. Os critérios de exclusão foram: ter histórico atual de câncer de mama, estar em

tratamento para o câncer de mama, não residir no território adscrito das equipes de saúde da família.

4.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados consiste em um roteiro estruturado para entrevista, composto por perguntas previamente estabelecidas, preenchidas pelo próprio coletador, porém sem interferência durante este preenchimento (MARKONI; LAKATOS, 2011).

O roteiro de entrevista foi composto por 19 perguntas fechadas e objetivas, e destas, sete questões apresentam desdobramentos. Essas perguntas possuem respostas ora dicotômicas, ora politômicas, distribuídas em cinco sessões, segundo a condensação de variáveis a serem pesquisadas, com a finalidade de utilizar as questões com alternativas fixas, garantindo, assim, a comparação das respostas, além de facilitar o momento de análise. Apenas duas questões foram respondidas após a análise das respostas entrevistadas pela pesquisadora, pois, consistem no consolidado das respostas quando comparadas ao referencial utilizado na pesquisa (APÊNDICE B).

Com relação à divisão do instrumento, as cinco sessões são compostas por agrupamento, como descritas a seguir:

- Dados de identificação: composto por questões que permitam confirmar os dados do entrevistado;
- Aspectos sociodemográficos: composto por sete questões que abordam as condições sociais e demográficas de uma população (p. ex. classe social);
- Aspectos relacionados ao acompanhamento ginecológico: composto por três questões e seis desdobramentos, os quais focam seus questionamentos acerca de atividades realizadas durante uma consulta ginecológica, com foco na atenção à saúde das mamas;
- Aspectos referentes aos fatores de risco do câncer de mama: composto por três questões e três desdobramentos que abordam os fatores pessoais e familiares relacionados ao câncer de mama;
- Aspectos relativos ao rastreamento do câncer de mama: composto por três questões e nove desdobramentos, os quais perguntam sobre estratégias de rastreamento do câncer de mama

(p. ex. orientação sobre detecção precoce, realização do exame clínico das mamas, realização e solicitação de exames de rastreamento).

Para a confecção do roteiro, foi utilizado o como referências os protocolos “Controle do Câncer de mama: Documento do Consenso” (2004), o Caderno de Atenção Básica “Controle dos cânceres de colo de útero e de mama” (2013) e as “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama” (2014).

4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo tiveram como objetivo avaliar o rastreamento para controle do câncer de mama no referido município e caracterizar as mulheres que compõem a população-alvo. Essas variáveis podem interferir entre si, resultando em relações de causalidade ou de dependência. Assim, elas são denominadas de variáveis dependentes e independentes.

4.8.1 Variáveis Dependentes

Variáveis que sofrem diferentes conformações a partir da manipulação das variáveis independentes, estabelecendo, portanto, uma relação de causa e efeito (MARCONI; LAKATOS, 2010). Neste estudo foi considerado como variáveis dependentes:

- Rastreamento do câncer de mama: composto por avaliação de fatores de risco, realização do exame clínico das mamas, solicitação e avaliação de mamografia pelos profissionais das equipes de saúde da família, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, 2013).
- Rastreamento inadequado para do câncer de mama: consiste na ausência de uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, 2013), como exame clínico das mamas, solicitação e avaliação de mamografia pelos profissionais das equipes de saúde da família.
- Rastreamento adequado para do câncer de mama: consiste na presença de todas as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, 2013), exame clínico

das mamas, solicitação e avaliação de mamografia pelos profissionais das equipes de saúde da família.

4.8.2 Variáveis Independentes

São consideradas variáveis independentes aquelas que interferem em outras variáveis a ponto de mudá-las (GIL, 2010). Assim, o presente estudo possui as seguintes variáveis independentes:

- Idade: idade no momento da coleta de dados, em anos completos;
- Cor/raça: autodeclarada, considerando a classificação do IBGE (branca, parda, preta, amarela, indígena) e não declarada (IBGE, 2015);
- Situação marital: definida coabitação referida pela mulher;
- Escolaridade: em anos completos de estudo conforme referido pela mulher e em classe (analfabeto, até a 3ª série do Ensino Fundamental, 4ª série do Ensino Fundamental, Fundamental Completo, Médio Completo, Superior Completo) de acordo com o Critério Padrão de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) (ABEP, 2015);
- Nível Socioeconômico: verificado por meio dos itens de conforto presentes na residência, informados pela mulher, considerando a quantidade existente de televisão, DVD, banheiro, automóvel, empregada doméstica, máquina de lavar, máquina de secar, geladeira, freezer, microcomputador de acordo com o CCEB (ABEP, 2015);
- Classe social: verificada por meio da soma de pontos dos itens de conforto presentes na residência e grau de escolaridade do chefe da família de acordo com o CCEB (ABEP, 2015);
- Atenção ginecológica: composto por fatores relacionados à consulta ginecológica, sua periodicidade, quem realizou o exame, atrelado à assistência à saúde das mamas;
- Fator de risco para o câncer de mama: composto por itens relacionados aos fatores de risco familiar e pessoal para desenvolver o câncer de mama (histórico familiar ou pessoal, relação de parentesco, idade);
- Acesso à mamografia: realização do exame, dificuldades encontradas pela mulher para sua realização e fonte pagadora do exame.

4.9 VALIDAÇÃO E TESTAGEM DO INSTRUMENTO

O instrumento da coleta de dados foi submetido a um processo validação de conteúdo e teste piloto. A etapa de validação consiste em um processo importante da pesquisa por possibilitar a avaliação do instrumento, garantindo assim a segurança na etapa da coleta de dados. Este processo possibilitou verificar se o instrumento conseguiria medir o que se propõe em seus objetivos e se cada item é relevante para o constructo estudado. Tais etapas da validação seguiram as recomendações encontradas em literaturas disponíveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; DYWNIEWICZ, 2009; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Em seguida, foi realizado um teste piloto, que consistiu em uma etapa preliminar à coleta, de caráter experimental, aplicado a uma amostra em conformidade com a orientações da literatura, que permitiu avaliar a aplicabilidade do roteiro, corrigir falhas e adequar o instrumento à população do estudo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; DYWNIEWICZ, 2009; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

4.9.1. Avaliação pelo Comitê dos Juízes

Para a validação, foram convidados cinco juízes, médicos ou enfermeiros especialistas sobre a temática em questão. A seleção dos juízes seguiu os seguintes critérios: ser das áreas de Medicina ou Enfermagem, ter experiência clínica ou de gestão na temática, ter especialização na área (oncologia, saúde da mulher, mastologia, saúde pública com ênfase em saúde da família) e aceitar participar dessa etapa do estudo. Segue-se as especificações dos juízes convidados:

- 1) Médica, especialista na área da ginecologia, obstetrícia e mastologia, especialista em sexualidade humana, mastologista pelo plano de saúde dos funcionários do Governo do Estado e Prefeituras municipais do estado de Sergipe (IPES/Saúde);
- 2) Médico, especialista em cancerologia com área de atuação em cirurgia oncológica pela Universidade Federal de Sergipe, Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe, Cirurgião Oncológico do Hospital Universitário de Sergipe e Hospital de Urgências de Sergipe;

- 3) Enfermeira, especialista em saúde da mulher, coordenadora do Programa Saúde da Mulher da Prefeitura de Aracaju/SE;
- 4) Enfermeira, especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, atua na Atenção Básica do município de Aracaju/SE
- 5) Enfermeira, Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo, professora associada II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

Os juízes foram convidados por meio de uma carta convite (APÊNDICE C), a qual descreveu de forma resumida a finalidade do estudo e seus objetivos. Em anexo à esta carta, foi enviado o instrumento a ser validado e o roteiro de validação (APÊNDICE D) com uma breve explicação sobre a validação. Foi disponibilizado um período de no máximo 15 dias para que os juízes fizessem suas considerações sobre o instrumento e o entregasse para a pesquisadora, o qual ocorreu no período de três de agosto a 18 de agosto de 2015.

Após a avaliação do instrumento de coleta de dados, cada juiz enviou suas considerações sobre este por meio do preenchimento do roteiro de validação e anotações no próprio instrumento. As modificações sugeridas somente foram acatadas quando obtiveram concordância de, no mínimo, 60% dos juízes, e quando estavam de acordo com os referenciais teóricos adotados para a elaboração deste (GONÇALVES, 2013).

Em seguida, a pesquisadora e a orientadora realizaram a leitura de todas as considerações dos juízes e acataram as modificações sugeridas, quando estas estavam de acordo com o referencial teórico utilizado para a construção do instrumento e obtiveram concordância de, ao menos 60% dos juízes.

As considerações foram consolidadas em um único roteiro de validação, sendo possível identificar concordâncias em alguns itens, conforme consta no Quadro 1. Três (60%) juízes questionaram sobre a sequência da numeração das questões, sobre a correção gramatical e de sintaxe e sobre as alternativas que retratavam as questões sociodemográficas.

Um juiz sinalizou a importância de substituir o termo “posto de saúde” por “unidade básica de saúde”, como também retirar o termo “exame de lâmina” e deixar somente “consulta ginecológica”. Apesar de somente um juiz ter feito essas considerações (total de 20%), elas foram acatadas, pois, percebemos que a população já possui a familiaridade com o termo “unidade básica de saúde”. Caso o termo “exame de lâmina” permanecesse, poderia haver um viés na

pesquisa, uma vez que algumas equipes de Saúde da Família realizam o procedimento popularmente conhecido como “exame de lâmina” (exame Papanicolaou) em momentos diferentes da consulta ginecológica.

QUADRO 1 – Sugestões do comitê de juízes acatadas para o roteiro de entrevista

Item	Sessão do instrumento	Quantidade de juízes	Sugestões
Todos os itens	Todas as sessões	5	Renumerar as questões
Item 1	Dados de identificação	3	Retirar “siglas do nome” e substituir por outra forma identificação (Ex. iniciais do nome)
Item 1	Aspectos sociodemográficos	3	Colocar as alternativas sobre cor/raça conforme a classificação do IBGE (2015)
Itens 3, 4, 6 e 7	Aspectos sociodemográficos	3	Seguir as recomendações do Critério de casse econômica do Brasil atual (CCEB)
Itens 9, 9.b, 9.c, 11.b	Acompanhamento ginecológico	1	Substituir o termo “posto de saúde” por “unidade básica de saúde”
Item 9	Acompanhamento ginecológico	1	Retirar o termo “exame de lâmina” e deixar fora do parêntese o termo “consulta ginecológica”
Itens 4, 10, 16.b, 17.a, 17.c	Todas as sessões	5	Correção ortográfica e de sintaxe

Fonte: consolidado do roteiro de validação elaborado pela pesquisadora, 2015

No Quadro 2 estão descritas todas as sugestões que não foram acatadas pela pesquisadora. Essa postura deve-se ao fato de que essas sugestões não estavam de acordo com as prerrogativas do Documento de Consenso (2004), referência utilizado para a elaboração do roteiro. Além disso, somente um juiz sugeriu tais modificações, perfazendo um total de 20%.

QUADRO 2 - Sugestões do comitê de juízes não acatadas para o Roteiro de entrevista

Item	Sessão do instrumento	Quantidade de juízes	Sugestões
-	Dados de identificação	1	Acrescentar “Pasta família”
-	Aspectos relacionados aos fatores de risco	1	Acrescentar demais fatores de risco
Itens 9.c	Acompanhamento ginecológico	1	Acrescentar a opção “pode marcar mais de um item”

Fonte: consolidado do roteiro de validação elaborado pela pesquisadora, 2015.

4.9.2. Teste Piloto

Posteriormente à consolidação das considerações dos juízes e correção do instrumento com base em seus julgamentos, foi realizado um teste piloto, com dez mulheres que preenchem os critérios de inclusão e residiam no município de Aracaju, atendidas pelas Equipes de Saúde das Unidades Francisco Fonseca e Manoel de Souza Pereira.

Essa etapa possibilitou adequar o instrumento à população pesquisada para o alcance dos objetivos, tonando os questionamentos compreensíveis pelas mulheres. Também, viabilizou estimar o tempo médio de cada entrevista para que a pesquisa não fosse comprometida pelo desgaste das mulheres em responder o roteiro. Além disso, permitiu identificar aspectos que poderiam dificultar a coleta e esclareceu dúvidas dos coletadores que surgiram durante o teste piloto. Assim, por meio do teste, foi possível corrigir alguns problemas detectados antes da coleta de dados, proporcionando maior agilidade, precisão e confiabilidade do instrumento para a coleta.

As alterações com base no teste piloto estiveram relacionadas à estrutura formal das perguntas. Verificou-se a necessidade de tornar as perguntas mais informais e próximas da linguagem das mulheres com um nível de escolaridade mais baixo, facilitando a compreensão da usuária do sistema público de saúde. Vale ressaltar que estas mulheres não fizeram parte da amostra, pois, não contemplaram todos os critérios de inclusão. Esses dados foram somente utilizados para critérios de validação do instrumento, sendo excluídos posteriormente as correções e adequações do instrumento.

4.10. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS COLETADORES

O recrutamento dos discentes que ajudaram na condução das entrevistas ocorreu por meio do programa da Plataforma de Projetos do Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA) da Universidade Federal de Sergipe. Nesta plataforma, os alunos interessados manifestaram interesse em participar da coleta de dados, sendo, posteriormente, convocados para seleção.

As etapas da seleção foram: entrevista, avaliação de curriculum vitae e avaliação do histórico do curso de graduação. Como critérios de avaliação foram considerados idade superior a 18 anos; nível superior em andamento; e experiência anterior com entrevistas e/ou projetos de pesquisas devidamente comprovados; disponibilidade de horários para realizar as atividades; de acordo com o planejamento de coleta de dados; não estar vinculado a outros projetos de pesquisa ou extensão da universidade ou de outras instituições.

A partir do conhecimento do total da amostra e a necessidade de contemplar o número de sujeitos calculados na amostra, foram selecionados três entrevistadores. Após a seleção, o treinamento ocorreu de 19 a 21 de agosto de 2015, conduzido pela pesquisadora, sob supervisão da orientadora, na sala de aula do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFS, no horário das 8 h às 12 h. Naquela ocasião, houve a apresentação do projeto de pesquisa, aula teórica sobre o câncer de mama, enfatizando o rastreamento da neoplasia em estudo, e uma aula sobre a abordagem, condução da entrevista e o papel do entrevistador, explanando todo o manual do coletador e o roteiro da pesquisa. Uma simulação da entrevista, utilizando o instrumento na íntegra, também foi necessária para familiarizar os acadêmicos com o roteiro, sanar dúvidas e evitar erros no preenchimento.

Ao final do treinamento, os entrevistadores estavam aptos a desenvolver a coleta de dados e receberam os materiais necessários: manual do coletador (APÊNDICE E), instrumento para a entrevista, fardamento (blusa identificada), caneta esferográfica, lápis, borracha, prancheta, envelopes e almofada de carimbo para a impressão digital.

4.12. SISTEMÁTICA DA COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, conforme horário do funcionamento dos serviços de saúde e da disponibilidade da mulher, no período de janeiro a setembro de 2016. Durante a coleta de dados, todos os entrevistadores e a pesquisadora estavam identificados com o fardamento utilizado para a realização do estudo, portavam uma carta de apresentação, a qual continha informações sobre o estudo de forma clara e concisa, e os instrumentos de coleta.

Para evitar o viés na amostra, a coleta foi realizada em dois ambientes: nas dependências das instituições de saúde e no domicílio das usuárias, em horário comercial. Na sala de espera das unidades e clínica de saúde, os entrevistadores, individualmente, abordavam as mulheres convidando-as para participar da pesquisa e explicando os objetivos dessa. Caso a mulher atendesse aos critérios de inclusão e aceitassem participar da pesquisa, era solicitada a assinatura do TCLE e realizada a entrevista em local reservado.

As visitas domiciliares foram programadas previamente com cada agente comunitário de saúde (ACS) e o enfermeiro da equipe de saúde. Elaborou-se uma escala para a visita domiciliar, considerando a disponibilidade dos ACS para , não interferir na dinâmica de trabalho dos profissionais. Salienta-se que, ao contato com a mulher no domicílio, informações sobre o estudo foram repassadas para todas as mulheres, confirmando a seriedade e a importância da realização desse estudo, e, nos casos aceitos, era solicitada sua assinatura ou impressão digital no TCLE.

Semanalmente, todos os instrumentos eram recolhidos e conferidos pela pesquisadora, para evitar a dualidade de informações e mulheres,. No caso de preenchimento incompleto e/ou equivocado, a pesquisadora entrava em contato com o ACS responsável pela área para retornar a visita à mulher e finalizar a conferência do instrumento.

4.13 CONTROLE DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

A qualidade das informações obtidas foi garantida por meio dos seguintes processos:

- Elaboração do Manual do Entrevistador: documento, que trata das orientações para a coleta de dados, fornecido aos coletadores no momento da capacitação;
- Capacitação dos entrevistadores: etapa realizada pela pesquisadora responsável, na UFS, dividida em aulas teóricas e práticas, nas quais foram simuladas entrevistas com o intuito de manusear o instrumento antes da coleta de dados;
- Acompanhamento da entrevista e preenchimento do roteiro pela pesquisadora responsável, conferindo se o preenchimento do TCLE e do instrumento estavam corretos;
- Reuniões semanais entre os entrevistadores e a pesquisadora principal para a entrega dos instrumentos preenchidos, esclarecimento das dúvidas verificação dos instrumentos preenchidos, conferência dos TCLE e instrumentos para evitar coleta duplicada. Identificado o erro, a pesquisadora responsável entrava em contato com a mulher pesquisada, junto com o coletador, para esclarecer as informações;
- Atualização periódica de todas as mulheres entrevistadas junto com cada equipe de saúde (enfermeiro e agentes comunitários de saúde) para evitar repetições durante as visitas domiciliares.

4.14 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel versão 2010, sendo elaborados dois bancos de dados, por meio da dupla digitação, por diferentes digitadores. Em seguida, foi realizada a validação do banco, por um terceiro digitador.

A análise dos dados foi realizada de duas formas: descritiva univariada e inferencial. Para as variáveis sociodemográficas a análise descritiva procedeu-se com a categorização dos dados e obtenção das respectivas frequências e percentuais, e para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio padrão) e posição (mínimo e máximo). Para a análise inferencial, realizou-se o cruzamento entre as variáveis qualitativas, utilizando os testes de Qui-Quadrado (PEARSON, 1900) e Exato de Fisher (FISHER, 1922). As variáveis “Outros” e “Não se aplica” presentes no roteiro de coleta não foram incluídas nos testes de hipótese. Para o cruzamento entre uma variável quantitativa e uma qualitativa foram calculados a média e o desvio padrão. O software utilizado para a análise

estatística foi o R, versão 3.3.1, e o nível de significância adotado em todos os testes de hipótese foi de 5%.

A partir da hipótese do estudo, a variável “Rastreamento do câncer de mama” foi determinada como dependente tendo o entendimento de que o rastreamento seria adequado caso estivesse de acordo com as recomendações dos protocolos e diretrizes nacionais (BRASIL, 2004, 2013b, 2014a). Assim, a consolidação das respostas de cada usuária gerou a classificação “Adequado” ou “Inadequado”, considerando os fatores de risco, a realização do ECM solicitação e avaliação da mamografia pelos profissionais de saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados por meio de artigos científicos formatados segundo normas de periódicos escolhidos pela autora:

- 5.1. Artigo I - **Rastreamento do câncer de mama: aspectos assistenciais e sociodemográficos associados na atenção básica.**
- 5.2. Artigo II - **Atuação dos profissionais de saúde no rastreamento do câncer de mama na Atenção básica.**

5.1 ARTIGO I

Rastreamento do câncer de mama: aspectos assistenciais e sociodemográficos associados na atenção básica

Screening of breast cancer: assistances and sociodemographics aspects associated with primary health care

La detección de cáncer de mama: aspectos asistenciales y sociodemográficos asociados con la atención primaria de salud

1. Manuella Silva Leite Pimentel — mestre do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.
 2. Alzira Maria D'Ávilla Nery Guimarães – doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão. Sergipe. Brasil.
 3. Maria Cláudia Tavares de Mattos – doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora associada do Departamento de enfermagem e do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.
 4. Ana Maria de Almeida — livre-docente do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Professora associada da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
 5. Leila Luiza Conceição Gonçalves — doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.
 6. Cristiane Franca Lisboa Góis – doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.
- Autora responsável: Manuella Silva Leite Pimentel. Endereço: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Baptista, S/N. Hospital Universitário. Cep: 49000-000. Aracaju, Sergipe, Brasil. Telefone: (79) 99100-2767. E-mail: enfamanuellasleite@gmail.com.

Resumo

Objetivo: avaliar o rastreamento do câncer de mama na atenção básica sob a perspectiva das usuárias. **Método:** descritivo, transversal, realizado em Barra dos Coqueiros/SE. A amostra foi composta por 295 mulheres de 52 a 69 anos usuárias da atenção básica, em 2015. A coleta ocorreu de jan–set/2016, por meio de entrevista estruturada. Os dados foram duplamente digitados e validados no Excel/2010, e analisados pelo software R, versão 3.3.1. O nível de significância foi de 95%, e a margem de erro foi de 5%. Foram calculados o *Odds Ratio* e o intervalo de confiança. **Resultados:** Confirmou-se que o rastreamento era inadequado ($p < 0,0001$) devido a ausência do exame clínico das mamas. Mulheres assistidas na unidade da zona urbana e com escolaridade acima de quatro anos tiveram maior acesso à solicitação da mamografia e ao exame clínico das mamas. A idade acima de 60 anos influenciou na adesão à mamografia.. **Conclusão:** o rastreamento para o câncer de mama foi inadequado. A escolaridade, o local de

atendimento e a idade foram variáveis que interferiram na adesão ao rastreamento. O exame clínico das mamas foi realizado em menor frequência, porém a mamografia esteve além do esperado, confirmando o caráter oportunístico dos serviços.

Descritores: Neoplasias da Mama. Programas de Rastreamento. Atenção Primária à Saúde.

Abstract:

Aim: evaluating screening of breast cancer in the primary health care from the users' perspective. **Method:** descriptive, transversal, quantitative did in Barra dos Coqueiros City. The study was consisted from 295 women who used the primary health care in 2015. The data extraction happened between January and September 2016 and this reseach had women between 52-69 ages. The data was doubly typed, validated by Excel/2010 and analyzed by software R, version 3.3.1. It was considered a level of significance of 95% and the border of error of 5%. It was calculate the Odds Ratio and the confidence interval. **Results:** It was confirmed that screening was inappropriate ($p < 0,0001$) due to the absence of clinical examination of the breasts. Women who live in urban area and that studied over four years in their lives had greater access to mammography and the breast clinical exam. The age influenced to access the mammography. **Conclusion:** Screening to breast cancer was inappropriate. The scholarship, place of care and age were variables that interfered in the screening participation. The breast clinical exam was few, but the mammography was beyond expectations and it was confirmed the opportunistic nature of the service.

Descritores inglês: Breast Neoplasms, Mass Screening, Primary Health Care.

Resumen:

Objetivo: Evaluar el rastreo del cáncer de mama en la atención básica bajo la perspectiva de las usuarias. **Método:** Descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en el municipio del Noreste brasileño de Barra dos Coqueiros. La muestra fue compuesta por 295 mujeres usuarias de la atención básica en 2015. La colecta ocurrió de enero–septiembre/2016, con un plan estructurado con mujeres de 52–69 años. Los datos fueron duplamente digitalizados y validados en el Excel/2010, y los datos fueron analizados por el software R, versión 3.3.1. El nivel de significancia fue del 95%, y la margen de error fue del 5%. Fueron calculados el *Odds Ratio* y el intervalo de confianza. **Resultados:** Fue confirmado que el rastreo era inadecuado ($p < 0,0001$) por la ausencia del examen clínico de las mamas. Mujeres asistidas en la unidad de la zona urbana y con más de cuatro años de escolaridad tuvieron más acceso a la solicitud de la mamografía y al examen clínico de las mamas. La edad influyó en el acceso a la mamografía. **Conclusión:** El rastreo para el cáncer de mama fue inadecuado. La escolaridad, el local de atendimento y la edad fueron variables que interfirieron en la adhesión al rastreo. El examen clínico de las mamas fue bajo, pero la mamografía superó las expectativas, confirmando el carácter oportuno de los servicios.

Descritores espanhol: Neoplasias de la mama. Tamizaje Masivo. Atención Primaria de Salud

Introdução

Considerado como um problema de saúde pública, o câncer de mama está entre os tipos de neoplasias mais incidentes no mundo na população feminina. Em 2012, mundialmente foram

estimados um quantitativo de 1,79 milhão de casos novos⁽¹⁻³⁾. O número permanece elevado, principalmente, devido ao aumento de casos nos países em desenvolvimento^(1,3). No país, para o biênio 2016-2017, foram estimados 57.960 novos casos desta neoplasia, e para Sergipe, 450 casos⁽¹⁾. A transição epidemiológica e demográfica aceleradas e o status socioeconômico baixo contribuem para aumento de casos novos da doença⁽³⁾. No Brasil, esse fato é decorrente da dificuldade de acesso aos métodos de rastreamento e diagnóstico e retardo para o início do tratamento, principalmente, entre as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁻⁵⁾.

O rastreamento como estratégia para detectar precocemente o câncer de mama é recomendado por permite detectar a neoplasia na fase pré-clínica, por meio de métodos simples e de baixo custo. Entre os métodos de rastreamento, o mamográfico é o mais recomendado, pela sua maior especificidade e sensibilidade, se comparado aos demais exames⁽⁶⁻⁷⁾.

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Documento de Consenso, recomendou a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) como métodos para o rastreamento do câncer de mama⁽⁸⁾. Recomenda-se o exame mamográfico para mulheres entre 50 e 69 anos, bienalmente; já o exame clínico das mamas é um método complementar à mamografia, que deve ser realizado para rastrear mulheres a partir dos 40 anos anualmente⁽⁸⁾.

Apesar dos resultados positivos do rastreamento organizado nos países desenvolvidos, o Ministério da Saúde ainda não definiu a implantação de um programa de rastreamento organizado nacional. Essa postura reflete de forma negativa na realidade da maioria dos municípios brasileiros ao adotar o rastreamento oportunístico, a qual mostra-se ineficiente devido a problemas estruturais e de gestão enfrentados pelos municípios⁽⁵⁾.

Uma vez que o aumento da incidência da doença está relacionado com o intenso processo de urbanização, e como o aumento da mortalidade no Brasil vem ocorrendo principalmente em regiões metropolitanas, tornou-se relevante realizar o este estudo no município de Barra dos Coqueiros/SE^(4,9-11).

Estudar o rastreamento para a neoplasia mamária neste estudo é relevante por se tratar de um problema de saúde pública que depende da gestão local e dos profissionais de atenção básica para que o controle da doença ocorra de forma efetiva. Para a enfermagem é relevante na medida em que fortalece o papel do enfermeiro como executor de ações preventivas para o rastreamento da neoplasia mamária na atenção básica⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O estudo avaliou o rastreamento do câncer de mama na Atenção Básica na perspectiva das usuárias do serviço, pressupondo a hipótese de que o rastreamento era realizado de forma inadequada. Identificou os métodos para o rastreamento e a proporção de mulheres que o realizaram conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, verificou a associação entre o rastreamento do câncer de mama e os aspectos sociodemográficos e as barreiras para realizar a mamografia.

Materiais e Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado em município da região metropolitana de Aracaju/SE. O município que sediou o estudo passa por um processo acelerado de urbanização e crescimento industrial intenso desde 2007, com implantação de grandes empreendimentos habitacionais⁽¹²⁾. A Atenção Básica do município é composta por três Unidades de Saúde da Família (USF), e por oito equipes de saúde da família, as quais atendem tanto à população da zona rural quanto a zona urbana.

A população do estudo foi composta por mulheres na faixa de 52 a 69 anos, residentes no município, totalizando 1.541 mulheres⁽¹³⁾. Para o cálculo da amostra considerou-se a população feminina na faixa prioritária para o rastreamento do câncer de mama e parâmetros nacionais (SUS dependência e cobertura do rastreamento)^(14,15). Assim, a amostra calculada utilizou a média aritmética do quantitativo de mulheres na faixa do estudo atendidas e cadastradas na atenção básica do município, totalizando 295 mulheres.

Foram entrevistadas 310 mulheres, destas somente 295 foram elegíveis para o estudo por atenderem aos critérios de inclusão. Foram incluídas no estudo mulheres sadias ou assintomáticas, na faixa etária de 52 a 69 anos, residentes naquele município e que realizavam a consulta ginecológica nas USF. Foram excluídas 15 mulheres por: diagnóstico da neoplasia mamária, tratamento atual para este tipo de câncer, ou não residir no território adscrito das equipes de saúde da família.

Para garantir o sigilo das unidades e dos profissionais de saúde, cada unidade de atendimento recebeu uma nomenclatura composta pela sigla USF e números ordinários sequenciais (p. ex.: USF 01).

Ressalta-se que, para evitar o viés do estudo, somente foram entrevistadas mulheres com idade entre 52 e 69 anos. Assim, evitou-se abordar aquelas que iniciaram o rastreamento para o câncer de mama no momento da coleta. Para o levantamento dos dados, elaborou-se um roteiro estruturado, composto por 19 perguntas fechadas e objetivas, fundamentadas no Documento do Consenso⁽⁸⁾.

A variável dependente do estudo foi o Rastreamento do câncer de mama: composto por avaliação de fatores de risco, realização do exame clínico das mamas, solicitação e avaliação de mamografia pelos profissionais das equipes de saúde da família, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁸⁾. A partir da hipótese do estudo, o rastreamento do município foi considerado adequado caso todas as etapas do rastreamento foram oferecidas e garantidas a usuária, e inadequado caso alguma etapa do rastreamento não seguisse as conformidades das diretrizes nacionais.

Como variáveis independentes, foram eleitas: idade em anos completos, situação marital (com ou sem companheiro), escolaridade⁽¹⁶⁾, cor/raça autodeclarada⁽¹³⁾, classe social⁽¹⁶⁾, atenção ginecológica, fatores de risco para a neoplasia⁽⁸⁾ e métodos para rastrear o câncer de mama. Em relação às classes sociais, foi utilizado o Critério Brasil como definidor da estratificação da classe social, levando em consideração a escolaridade do principal provedor de renda da família, dos itens de conforto da casa, saneamento básico e presença de rua asfaltada próximo ao seu domicílio⁽¹⁶⁾.

A coleta ocorreu de janeiro a setembro de 2016 na sala de espera das unidades e nos domicílios das usuárias, em companhia do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel, versão 2010, por meio da dupla digitação independente, e submetidos a verificação com a realização do cruzamento das informações. Para as variáveis qualitativas nominais e ordinais, a análise dos dados foi realizada de duas formas: descritiva univariada e inferencial. As variáveis sociodemográficas foram submetidas a análise descritiva, com a categorização dos dados e obtenção das respectivas frequências e percentuais; e para as variáveis quantitativas foram calculadas a média e o desvio padrão.

A análise inferencial contou com o cruzamento entre as variáveis qualitativas, utilizando-se os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher. As categorias “Outros” e “Não se aplica” presentes nas tabelas não foram utilizadas nos testes de hipótese. O software utilizado para a análise estatística foi o R, versão 3.3.1, com uma margem de erro amostral de 5% e nível de

confiança de 95%. Para o teste de hipóteses foi utilizado o teste Binomial, adotando o nível de significância de 5%. Para os cruzamentos significativos, calculou-se o *Odds Ratio* e o intervalo de confiança (IC).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as diretrizes propostas pela Resolução nº 466/2012⁽¹⁷⁾, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 38571314.0.0000.5546.

Resultados

Entre as 295 mulheres elegíveis para o estudo, 50,85% (132) possuíam idade ≥ 60 anos, com média de 59,66 anos e desvio-padrão de 5,21. Em relação ao local de atendimento, 89,83% (265) das mulheres foram assistidas USF 01, 4,75% assistidas na USF 02 e 5,42% na USF 03. Sobre a cor/raça e situação marital, 49,1% (145) declararam ser pardas e 31,5% (93) negras, 52,2% afirmaram conviver com companheiro. Quanto à escolaridade, 67,1% afirmaram possuir menos de oito anos de estudo (198) e somente 2,03% ingressaram no Ensino Superior. Quase a totalidade das mulheres, 99,6% (294), pertencia às classes sociais de baixo poder aquisitivo (C, D-E).

Em relação aos fatores de risco para o câncer de mama, verificou-se que a maioria possuía risco populacional para a neoplasia, 7,12% (21) das mulheres apresentavam risco elevado. Destas, 5,43% e 3,73% afirmaram possuir histórico familiar de câncer de mama e/ou de ovário e apenas 0,68% tinham histórico pessoal dessa neoplasia. Em se tratando do acesso ao rastreamento, a mamografia foi o método mais citado por 79,3% das usuárias, e o SUS prevaleceu como o sistema de saúde para realizar tal exame, sendo mencionado por 54,2% das entrevistadas. A dificuldade para marcar os exames foi a barreira mais citada pelas mulheres, a qual apresentou relação direta com o SUS, ou seja, todas as mulheres que tiveram essa dificuldade eram usuárias desse sistema público (Tabela 1).

Tabela 1 – Acesso a métodos de rastreamento do câncer de mama na atenção básica à saúde do município de Barra dos Coqueiros/SE - Barra dos Coqueiros, SE, Brasil, jan. a set. 2016.

Variável (n = 295)	Frequência (n)	Percentual (%)
Última consulta		
≤ 1 ano	31	10,51
1 a 2 anos	220	74,58
3 a 4 anos	21	7,12
≥ 5 anos	21	7,12
NSI [#]	2	0,68
ECM [§]		
Sim	132	44,75
Não	163	55,25
Requisição de Mamografia		
Sim	234	79,32
Não	61	20,68
Realizou a Mamografia*		
Sim	202	86,32
Não	32	13,68
Fonte Pagadora**		
Particular	36	17,90
Plano de saúde	6	2,90
SUS [¶]	160	79,20
Barreiras para o acesso a mamografia [‡]		
Dificuldade para marcar o exame	23	71,87
Incompatibilidade com o horário	2	6,25
Outros	6	18,75
Sente-se desconfortável com o exame	1	3,13
Conduta ante o resultado da mamografia**		
Contou ao ACS ^{‡‡}	1	0,50
Marcou consulta em outra instituição pública	7	3,46
Marcou consulta particular	11	5,44
Não fez nada	6	2,98
Procurou um profissional da unidade	177	87,62

*valor n = 234; **valor n = 202; [#]NSI: Não sabe informar; [¶]SUS: Sistema Único de Saúde; [‡] valor n = 32; ^{‡‡}ACS: Agente comunitário de saúde. Fonte: dados da pesquisa.

Na análise bivariada, verificou-se que o local de atendimento, a idade e os anos de estudo influenciaram o acesso aos métodos de rastreamento ECM e mamografia. A chance de usuária assistida na USF 02 não ter suas mamas examinadas foi seis e sete vezes maior do que aquelas assistidas na USF 01 e na USF 03, respectivamente. Mulheres com até quatro anos de estudo apresentaram aproximadamente duas vezes maior chance de não ter suas mamas examinadas

durante a consulta ginecológica quando comparadas às mulheres com mais de oito anos de estudo (Quadro 1).

Verificou-se que mulheres com até quatro anos de escolaridade aproximadamente três vezes mais chance de os profissionais de saúde não solicitarem a mamografia, quando comparadas com aquelas que tinham mais de oito anos de estudo. As usuárias na faixa etária prioritária tiveram maior acesso à solicitação da mamografia. A chance de que uma mulher com idade entre 50 e 60 anos faça a mamografia é duas vezes maior em comparação com as mulheres com idade superior a 60 anos. Demais variáveis como risco para o câncer de mama, cor/raça, classe social, situação marital e fonte pagadora não apresentaram associação com a realização do ECM e da mamografia.

A análise bivariada, por meio do teste binomial, confirmou a hipótese alternativa de que o rastreamento realizado pela atenção básica do município era inadequado segundo o protocolo nacional⁽⁸⁾ ($p < 0,0001$), totalizando 204 (69,16%) mulheres. A não realização do ECM foi o aspecto responsável pelo rastreamento inadequado na maior parte da amostra (79,4%). A pouca requisição da mamografia (29,9%) e condutas da mulher consideradas incompletas para a continuidade e finalização do processo do rastreamento (3,4%) também contribuíram para a inadequação. As condutas variaram desde não tomar nenhuma providência diante do resultado da mamografia a somente contar ao ACS o resultado e, conseqüentemente, não marcar a consulta de retorno.

Na análise univariada, observou-se que quanto menor fosse a escolaridade, maior era o quantitativo de mulheres com rastreamento inadequado (Tabela 2).

Quadro 1: Fatores associados aos métodos de rastreamento para o câncer de mama na atenção básica à saúde do município da Barra os Coqueiros - Barra dos Coqueiros, SE, Brasil, jan. a set. 2016.

Variável	ECM [§] (n=132)			Requisição de exame de imagem			Tipo de exame		
	Sim (%)	Não (%)	p-valor	Sim (%)	Não (%)	p-valor	MMG*(%)	MMG/USG**(%)	p-valor
Idade									
52 -60 anos	65 (49,24)	80 (49,08)	1,00 [†]	115 (49,15)	30 (49,18)	1,00 [†]	101 (52,33)	14 (34,15)	0,05 [†] §§§
≥ 60 anos	67 (50,76)	83 (50,92)		119 (50,85)	31 (50,82)		92 (47,67)	27 (65,85)	
Anos de estudo									
0 -4 anos	24 (27,27)	38 (41,76)	0,05 [†] §§	70 (33,65)	28 (50,00)	0,03 [†] ###	63 (36,42)	7 (20,00)	0,17 [†]
4 -8 anos	36 (40,91)	36 (39,56)		80 (38,46)	20 (35,71)		64 (36,99)	16 (45,71)	
≥ 8 anos	28 (31,82)	17 (18,68)		58 (27,88)	8 (14,29)		46 (26,59)	12 (34,29)	
Local de Atendimento									
USF 01	123 (93,18)	142 (87,12)	0,01 ^{††} ¶¶	185 (91,58)	28 (87,50)	0,07 ^{††}	176 (91,19)	37 (90,24)	0,89 ^{††}
USF 01	7 (5,30)	7 (4,29)		8 (3,96)	4 (12,50)		10 (5,18)	2 (4,88)	
USF 03	2 (1,52)	14 (8,59)		9 (4,46)	0 (0,00)		7 (3,63)	2 (4,88)	

[§]ECM: Exame clínico das mamas; *MMG: Mamografia; **USG: Ultrassonografia; [†]Teste Qui-quadrado; ^{††}Teste Exato de Fisher; ^{¶¶}Odds Ratio: 6,06 (IC95% = [1,14-42,47]).

^{¶¶¶}7,00 (IC 95% = [1,14, 42,47]). ^{§§}OR: 2,61 (IC 95% = [1,18-5,75]). ^{###}OR: 2,90 (IC 95% = [1,23-6,85]). ^{§§§}OR: 2,12 (IC 95% = [1,05-4,18]). Fonte: dados da pesquisa

Tabela 2 - Fatores associados ao rastreamento do câncer de mama em mulheres assistidas pela atenção básica do município de Barra dos Coqueiros - Barra dos Coqueiros, SE, Brasil, jan. a set. 2016.

Variável	Classificação do rastreamento para o câncer de mama		
	Adequado	Inadequado	P-valor [†]
Idade			
50-60 anos	45 (49,45)	46 (50,55)	1,00 ^{††}
≥60 anos	100 (49,02)	104 (50,98)	
Cor/raça			
Branca	18 (33,33)	36 (66,67)	0,34 [†]
Indígena	1 (100,00)	0 (0,00)	
Parda	40 (27,59)	105 (72,41)	
Preta	31 (33,33)	62 (66,67)	
Sem declaração	1 (50,00)	1 (50,00)	
Situação Marital			
Com companheiro	55 (35,71)	99 (64,29)	0,07 ^{††}
Sem companheiro	36 (25,53)	105 (74,47)	
Anos de estudo			
0 -4 anos	19 (24,05)	79 (42,70)	0,0003 ^{††} §
4 -8 anos	29 (35,44)	72 (38,92)	
≥ 8 anos	32 (40,51)	34 (18,38)	
Classe social ^{###}			
Classe B2	0 (0,00)	1 (100,00)	0,65 [†]
Classe C1	8 (40,00)	12 (60,00)	
Classe C2	22 (27,50)	58 (72,50)	
Classe D-E	61 (30,93)	133 (69,07)	
Local de atendimento			
CSF 01	84 (93,33)	181 (88,29)	0,31 ^{††}
USF 02	4 (4,44)	10 (4,88)	
USF 03	2 (2,22)	14 (6,83)	
Ano da última consulta			
≤ 1ano	9 (9,89)	22 (10,78)	0,16 ^{††}
1 a 2 anos	75 (82,42)	145 (71,08)	
3 a 4 anos	4 (4,40)	17 (8,33)	
≥ 5 anos	3 (3,30)	18 (8,82)	
Classificação de risco			
Risco elevado	6 (28,57)	15 (71,43)	0,98 [†]
Risco habitual	85 (31,02)	189 (68,98)	
Fonte pagadora			
Particular	20 (55,56)	16 (44,44)	0,30 ^{††}
Plano de saúde	2 (33,33)	4 (66,67)	
SUS ^{¶¶}	68 (42,50)	92 (57,50)	

^{###}Classe Social - com base no Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015); [†]Teste Qui-quadrado; ^{††}Teste Exato de Fisher; ^{¶¶}SUS - Sistema Único de Saúde. [§]OR: 3,91 (IC 95% = [1,95-7,85]). ^{§§}OR: 2,34 (IC 95% = [1,22-4,46]). Fonte: dados da pesquisa

A chance de usuárias com escolaridade até quatro anos serem rastreadas inadequadamente foi de três vezes maior em comparação com as mulheres com

escolaridade acima de oito anos. Já para aquelas com escolaridade intermediária (quatro a oito anos de estudo), a chance de que o rastreamento foi inadequado é duas vezes maior, em comparação com o grupo com mais de oito anos de estudo.

Discussão

Neste estudo, avaliou-se o rastreamento para o câncer de mama na atenção básica sob a perspectiva das usuárias, conforme protocolos e diretrizes do câncer de mama nacionais ^(8,11). A amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres com baixo nível de escolaridade, pertencentes às classes sociais de baixo poder aquisitivo, pardas, que viviam com seus companheiros. Essas características sociodemográficas e econômicas assemelham-se às de estudos realizados na região Nordeste ⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Uma das regiões menos desenvolvida do país que concentra altas taxas de analfabetismo e baixa renda. Esses aspectos demográficos desfavoráveis podem interferir negativamente no rastreamento ao câncer de mama pela dificuldade de acesso, incompreensão da doença e dos métodos preventivos ^(9,18-20).

A amostra apresentou risco populacional para a neoplasia em conformidade com estudo realizado em Teresina ⁽¹⁹⁾ (92,88%). Da mesma forma, não apresentou diferença significativa em relação à realização do rastreamento, ou seja, a mulher busca por atenção à saúde das mamas, independentemente de apresentar ou não histórico familiar.

A maioria das mulheres afirmou ter realizado a consulta ginecológica nos últimos dois anos, contudo, 15,0% não compareciam à consulta há mais de dois anos. A periodicidade do acompanhamento à saúde é relevante para rastrear o câncer de mama, uma vez que mulheres que estiveram em uma consulta há mais de um ano possuem maior chance de não realizar a mamografia em comparação com aquelas assíduas ⁽²¹⁻²³⁾.

Em relação ao ECM, pesquisa realizada com mulheres assistidas em um Hospital do Câncer verificou que 61,4% das pacientes tiveram suas mamas examinadas durante as consultas ginecológicas. Estudos no Maranhão ⁽¹⁹⁾ e em Monteiro/PB ⁽¹⁸⁾ verificaram que a não realização do ECM foi referido pela maioria das entrevistadas (70% e 85%, respectivamente).

Nesta pesquisa, mulheres com até quatro anos de estudo tiveram maior chance de não ter o exame de imagem solicitado pelo profissional de saúde. O conhecimento inadequado dos enfermeiros e médicos sobre a possibilidade de solicitar a mamografia de rastreamento, a falta de profissionais habilitados, de conhecimento do protocolo

nacional e a ausência de um protocolo municipal podem ser motivos que justifiquem tal conduta^(20,21,24). Mesmo em locais onde existem protocolos municipais implantados, este limita a ação do enfermeiro no rastreamento na medida em que atribui esta atividade somente ao médico^(20,21,24). Para o enfermeiro ficaria definido realizar o ECM durante a consulta ginecológica e somente referenciar ao médico caso encontre alguma alteração⁽²⁰⁾.

A alta rotatividade dos médicos e a baixa qualificação desses profissionais, também, podem interferir nas solicitações dos exames^(25,26). Pesquisa realizada em três regiões de Minas Gerais identificou que os médicos possuem uma dificuldade em atuar na atenção básica, em especial frente à saúde da mulher⁽²⁶⁾.

Em contrapartida, pode-se afirmar que o percentual de mamografias realizadas ultrapassou a meta estabelecida pelo Pacto pela Saúde⁽¹⁵⁾, que é de 60,0% da população alvo, e foi superior à cobertura da região Nordeste (54,9%) e do Brasil (71,1%)⁽¹³⁾. A realidade desse estudo diverge de outros estudos brasileiros (55,3%, 56,8%)^(18,19) e da Colômbia⁽²⁴⁾ (49%) os quais possuem baixas taxas de adesão a mamografia.

O fator idade interferiu na adesão ao rastreamento mamográfico. Usuárias com idade de 52 a 59 anos realizaram duas vezes mais mamografia em comparação com aquelas de idade superior a 60 anos. Estudo desenvolvido em Florianópolis/SC⁽²²⁾ também verificou essa interferência na adesão à mamografia, uma vez que as idosas possuíram menor chance de realizar o exame. Mulheres idosas podem considerar que este cuidado à saúde esteja relacionado à fase reprodutiva. A idade, associada à menopausa e ao desconhecimento da história natural do câncer de mama, favorece à redução dos cuidados de saúde preventivos, reduzindo a adesão ao rastreamento^(19,22).

É oportuno destacar que, para algumas mulheres do estudo, o acesso à mamografia foi possível por meio de outras fontes pagadoras, em conformidade com outros estudos brasileiros⁽²¹⁻²²⁾. Isto mostra a escassez de recursos e de infraestrutura dos municípios brasileiros para o exame, o que contribui para a detecção tardia da doença^(10,27-28).

O medo e os afazeres domésticos, também, foram referidos como motivos para não realizar o exame. Negligência e/ou preguiça (39,5%) e falta de compreensão acerca do exame (38,2%) foram as principais justificativas para a não adesão à mamografia, de acordo com estudo realizado em Barretos/SP⁽⁵⁾. Logo, a dupla jornada de trabalho que a mulher vivencia e a falta de informações sobre a doença pode prejudicar a busca por cuidados à saúde^(18,19,28).

Destaca-se que menos da metade das mulheres referiram ter suas mamas examinadas durante a consulta ginecológica. Da mesma forma, estudos desenvolvidos no Maranhão⁽¹⁹⁾ e em Monteiro/PB⁽¹⁸⁾ verificaram que a não realização do ECM foi referida pela maioria das entrevistadas (70% e 85%, respectivamente). Segundo a literatura, o enfermeiro compreende ser responsável pelo ECM, com o entendimento deste ser o exame mais recomendado para rastrear o câncer⁽²⁹⁾, porém, a ausência de capacitação acarreta na implementação de ações fora do protocolo nacional^(8,20).

O médico da atenção básica, por sua vez, tem o entendimento de que a MMG é suficiente para rastrear o câncer⁽³⁰⁾, deixando de atender a mulher em sua totalidade. Portanto, observam-se falhas e despreparo dos profissionais desse nível de atenção em relação ao ECM⁽²⁰⁾. Aspectos como o baixo salário, a carga horária exaustiva, a alta rotatividade de profissionais, a alta demanda e o sistema público de saúde interferem na qualidade do atendimento e consequentemente no acesso ao ECM^(5,20,29).

Neste estudo, usuárias da CSF com escolaridade acima de quatro anos tiveram maior acesso ao ECM, em conformidade com a literatura^(19,21). Esse resultado pode ter interferido no desfecho do rastreamento, pois, mulheres com escolaridade até quatro anos e com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo apresentaram menores chances de o rastreamento ser inadequado. A baixa escolaridade limita o conhecimento sobre a doença e a importância da detecção precoce, reflexo de baixa adesão aos métodos⁽²²⁾.

O local de atendimento foi considerado como outro fator limitante à realização do ECM. A distância atrelada à falta de conhecimento sobre o ECM pode ter favorecido para a não realização do exame pelos profissionais de saúde, pois, a mulher pode considerar desnecessário percorrer longas distâncias para realizar o ECM na unidade de saúde. O ECM é um método válido para determinados locais onde as condições socioeconômicas e a distância são desfavoráveis a ponto de o serviço somente disponibilizar de imediato este exame para rastrear esta neoplasia⁽¹⁹⁻²¹⁾.

A associação significativa da escolaridade com o rastreamento foi evidenciado. Mulheres com a escolaridade baixa encontram-se inseridas numa situação de risco maior para a detecção tardia da neoplasia mamária, uma vez que, a detecção ocorre de forma ocasional, pela própria mulher, quando o estágio já está avançado⁽²⁸⁾.

Diante da constatação da presença de práticas inadequadas referidas pelas usuárias dos serviços, o rastreamento foi inadequado, confirmando-se o desfecho do estudo. A completa avaliação da mulher interfere na qualidade do atendimento,

deixando-as à mercê do conhecimento dos profissionais em relação aos procedimentos básicos de uma consulta. Mulheres com pouco ou nenhum nível educacional não compreendem seus direitos enquanto usuárias do SUS. Desconhecem que a realização dos métodos preventivos para o câncer de mama são garantidos por lei e preconizados pelo Ministério da Saúde^(8,11).

Neste sentido, a educação é uma ferramenta relevante e libertadora, pois, o conhecimento possibilita desmistificar julgamentos prévios. É importante destacar que o enfermeiro que deve estar envolvido diretamente com a assistência à saúde da mulher. É fundamental sua atuação não somente na realização de procedimentos, mas, também, como agente educador, com o objetivo de sensibilizar a população, sendo considerada uma estratégia relevante para aumentar a adesão ao rastreamento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A adequação do rastreamento exige um olhar crítico por parte dos profissionais de saúde e gestores ao adotar estratégias para prevenir o câncer de mama, considerando as especificidades locais, como o diagnóstico social, econômico, demográfico e da saúde da população. Sugere-se que estudos futuros devam ser realizados com o intuito de adequar os serviços à demanda da população para implantar um programa de rastreamento em conformidade com as condições do município e com os protocolos nacionais.

Este estudo apresentou limitações, no que se refere ao viés de memória, barreiras durante a coleta de dados e ausência de um banco de dados municipal. Estratégias foram adotadas para contornar e minimizar a interferência nos resultados, como já mencionado na metodologia.

Conclusão

O rastreamento para o câncer de mama foi inadequado, devido a prática inconstante do ECM, não solicitação da mamografia e condutas inadequadas das usuárias frente ao resultado do exame. A escolaridade, o local de atendimento e a idade foram os aspectos sociodemográficos que interferiram no acesso ao rastreamento. A realização do ECM esteve abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde, porém o total de mamografia realizado mostrou-se além da cobertura preconizada.

A qualidade na atenção ao câncer de mama pode ser alcançada por meio de intervenções simples e de baixo custo, como capacitações periódicas dos profissionais

de saúde e elaboração de um protocolo municipal de atendimento à mulher, contemplando as recomendações nacionais para o rastreamento para o câncer de mama.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2015: Incidência do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide. IARC Cancer Base n°. 11. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013.
3. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Eds). The Cancer Atlas. Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014.
4. Barros AF, Uemera G, Macedo JLS, de. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer e mama e estratégias para a sua redução. *Femina*. 2012;40(1).
5. Silva TB, Mauad EC, Carvalho AL, Jacobs LA, Shulman LN. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. *Rural Remote Health* [Internet]. 2013: 1-11.
6. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. Philadelphia. 2009;151(10):716-726.
7. National Cancer Institute (Estados Unidos da América). International Cancer Screening Network. Breast Cancer Screening Programs in 26 ICSN Countries, 2012: Organization, Policies, and Program Reach. Bethesda: 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de mama: Documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
9. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Santos-Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1537-50.
10. Zapponi ALB, Tocantins FR, Vargens OMC. Detecção precoce do câncer de mama no contexto Brasileiro. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(3):386-90.
11. Cavalcante SAM, Silva FB, Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):459-66.
12. Santos PP, Vilar, JWC. Do território do vazio ao “paraíso urbano”: o imobiliário-turístico na Barra dos Coqueiros (SE). Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação. Salvador: 2013.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. Disponível em < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/>>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da Atenção básica. Histórico da cobertura da Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 16 de julho de 2015.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de

Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011 Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

16. Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Padrão de Classificação Econômica do Brasil/2015. São Paulo: ABEP; 2015.

17. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012.

18. Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(2):86-91.

19. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. *Rev Rene.* 2015;16(2):143-9.

20. Lages RB, Oliveira GP, Filho VMS, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. *Rev. Bras Epidemiol.* 2012;15(4):737-47.

21. Moraes DC de, Almeida AM, Figueiredo, EM de, Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(1):14-21.

22. Oliveira EVG, Pinheiro, RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos no acesso a mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3649-64.

23. Schneider IJC, Giehl MWC, Boing AF, D'orsi E. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(9):1987-97.

24. Rodrigues FB, Santos JJP, Pinto WM, Brandão CS. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em um município do sertão pernambucano: uma abordagem da prática profissional. *Saúde Coletiva em Debate.* 2012;2(1):73-86.

25. Costa FML, Enders BC. Actions of professionals of the family health strategy in early detection of breast cancer. *Rev enferm UFPE on line.* 2014; 8(7):2061-8.

26. Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;9(30):3-12.

27. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

28. Font-Gonzalez A, Piñeros M, Vries E. Self-reported early detection activities for breast cancer in Colombia in 2010: impact of socioeconomic and demographic characteristics. *Salud Pública de México.* 2013;55(4):368-378.

29. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção das mulheres. *Rev. Esc Enferm USP.* 2014;48(3):394-400.

30. Jacomé EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN. *Rev Bras Cancerol.* 2011;57(2):189-98.

5.2 ARTIGO II

Atuação dos profissionais de saúde no rastreamento do Câncer de Mama na Atenção Básica

Manuella Silva Leite Pimentel – Mestre do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. Email: enfamanuellasleite@gmail.com. Concepção do projeto e interpretação dos dados; Redação do artigo.

Alzira Maria D'Ávilla Nery Guimarães – doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Redação do artigo. Email: alzirany@uol.com.br

Maria Cláudia Tavares de Mattos – doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora associada do Departamento de enfermagem e do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Email: mctm@ufs.br

José Rodrigo Santos Silva – doutor em Biometria e Estatística Aplicada pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. Professor titular da Universidade Federal de Sergipe e Professor do Grupo de Pesquisa em Estatística Aplicada. Email: rodrigo.ufs@gmail.com.

Ana Maria de Almeida – Livre-docente do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: ama2754@gmail.com

Leila Luiza Conceição Gonçalves – Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. Redação do artigo.

Autora responsável: Manuella Silva Leite Pimentel. Endereço: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Baptista, S/N. Hospital Universitário. Cep:49000-000. Aracaju, Sergipe, Brasil. Telefone: (79) 99100-2767. E-mail: enfamanuellasleite@gmail.com.

*Trata-se de um recorte do projeto intitulado “Rastreamento do câncer de mama na Atenção Básica: uma contribuição da enfermagem”, realizado no na Atenção Básica do município de Barra dos Coqueiros, Sergipe.

RESUMO:

Objetivo: verificar as estratégias para o rastreamento para o câncer de mama são realizadas pelos profissionais da Atenção Básica. Método: descritivo, transversal, realizado em Barra dos Coqueiros/SE. A amostra foi composta por 295 mulheres de 52 a 69 anos usuárias da Atenção Básica em 2015. A coleta ocorreu de janeiro a setembro de 2016, utilizando-se um roteiro estruturado com base em protocolos e diretrizes nacionais sobre a temática publicados até 2014. Os dados foram digitados e validados no Excel versão 2010, analisados pelo software R, versão 3.3.1. O nível de significância foi de 95,0%, e a margem de erro foi de 5,0%. Foram calculados o *Odds Ratio* e o intervalo de confiança. Resultados: dentre as 295 mulheres, 15,0% realizaram a consulta ginecológica a mais de dois anos. O enfermeiro realizou 95,6% das consultas e 96,2%

dos Exames Clínicos da Mama . O médico solicitou 61,11% das mamografias durante consultas generalistas. Aproximadamente, 66,0% das entrevistadas receberam informações sobre o rastreamento para o câncer de mama. Destas, 44,41% citaram o enfermeiro como fonte das informações. Entre os profissionais, os médicos foram os principais responsáveis por rastrear as usuárias de forma incompleta ($p<0,05$). Conclusão: o enfermeiro foi o profissional mais atuante no rastreamento para o câncer de mama, porém, a assistência prestada ainda precisa ser melhor qualificada. O médico de Saúde da Família foi o principal responsável pela aplicação incompleta do rastreamento do câncer de mama.

Descritores: Neoplasias da mama; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária, Educação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Estudar o rastreamento para o câncer de mama e a atuação dos profissionais é relevante por se tratar de um problema de saúde pública, sendo constatado por dados nacionais e internacionais. Esse cancer é o mais incidente em mulheres no mundo, sendo responsável por 1,7 milhão de casos novos, em 2012, e de 500 mil mortes¹. Foram estimados, para o biênio 2016-2017, 57.960 casos novos de câncer de mama no Brasil; 11.190 no Nordeste; e 450 em Sergipe². Essa neoplasia, também, ocupou o primeiro lugar entre os óbitos por câncer no Brasil (16,1%) e no Nordeste (14,9% óbitos)².

Rastrear o câncer de mama significa avaliar por meio de métodos validados a mama de mulheres sadias ou assintomáticas. Sabe-se que existem duas modalidades de rastreamento, o organizado, recomendado internacionalmente⁶⁻⁸ e eficaz para controlar a doença e o oportunístico, implantado em países em desenvolvimento e adotado pela maioria dos municípios brasileiros^{4,6,7,9}.

Países desenvolvidos que realizam o rastreamento organizado vêm apresentando resultados positivos na redução das taxas de mortalidade e aumento na sobrevivência^{6,8}.

Apesar disso, o Ministério da Saúde brasileiro ainda não possui um programa de rastreamento organizado implantado nacionalmente¹¹. Isso pode ser observado nas características oportunísticas que alguns municípios possuem como a falha na oferta dos métodos decorrente de problemas estruturais crônicos e má gestão dos recursos^{7,9,10,12}.

Observa-se nos últimos anos uma evolução das políticas públicas brasileiras com foco para a saúde da mulher. Como exemplo, o Ministério da Saúde elaborou em 2004 o Documento do Consenso¹¹ e em 2013 o Caderno de Atenção básica nº 13¹⁶. Ambos recomendam a mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos, bienalmente, e o exame

clínico das mamas (ECM) para mulheres a partir dos 40 anos anualmente como métodos para rastrear a neoplasia^{11,16}. Além disso, as leis nº 11.668/2008¹³ e nº 12.732/2012¹⁴ preveem que ações de prevenção, detecção e tratamento do câncer de mama sejam disponibilizadas para a população feminina.

É na atenção básica, porta de entrada preferencial dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), que o rastreamento do câncer de mama deve ser realizado devido ao seu caráter preventivo. Além disso, as ações de responsabilidade desse nível de atenção envolvem promoção e proteção à saúde da mulher de menor custo aos cofres públicos, ao disponibilizar métodos preventivos secundários, e primários como ações de educação com a população¹⁵⁻¹⁶.

Desse modo, verifica-se a importância dos profissionais da atenção básica para o controle do câncer de mama para atuarem no âmbito da prevenção, promoção e educação em saúde em conformidade com as diretrizes brasileiras¹⁵. Neste sentido, a literatura destaca a necessidade de investimento em programas de capacitação dos profissionais e ações educativas para a população, uma vez que poucos profissionais possuem o conhecimento sobre os métodos, procedimentos, protocolos e legislações vigentes, o que acarreta em um rastreamento inadequado. Contudo, observa-se um número reduzido de estudos sobre a temática relacionada a atuação dos profissionais no nordeste brasileiro¹⁷⁻²¹.

A existência de limitados estudos relacionados ao rastreamento do câncer de mama no nordeste brasileiro e ao papel da enfermagem no rastreamento do câncer de mama, justifica a realização desse estudo¹⁸⁻¹⁹. Assim, o objetivo desta pesquisa é verificar as estratégias para o rastreamento para o câncer de mama são realizadas pelos profissionais da Atenção Básica, sob a perspectiva das usuárias.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, realizado na cidade de Barra dos Coqueiros, situada na região metropolitana da capital do Estado de Sergipe. Esse município passa por um processo intenso de crescimento urbano, industrial e demográfico e encontra-se em quinto lugar no ranking de densidade populacional em Sergipe²².

Considerando a população de 1541 mulheres na faixa de 50 a 69 anos em 2015 no município²³, e parâmetros nacionais^{24,25} relacionados à cobertura da população

feminina na faixa prioritária para o rastreamento do câncer de mama, determinou-se uma amostra de 295 mulheres.

Foram incluídas no estudo mulheres sadias ou assintomáticas, na faixa de 52 a 69 anos, residentes no município, assistidas pelas equipes de saúde da família da atenção básica e que realizavam a consulta ginecológica nas unidades de saúde da família (USF). Com o intuito de evitar o viés do estudo e interferir nos resultados do estudo, foram incluídas mulheres com idade entre 52 a 69 anos, para evitar abordar mulheres que iniciaram o rastreamento para o câncer de mama no momento da coleta.

Entre as 310 mulheres entrevistadas durante a coleta, somente 295 foram elegíveis para o estudo. Foram excluídas as mulheres com histórico atual da neoplasia mamária, estar em tratamento para este tipo de câncer, não residir no território adscrito das equipes de saúde da família e nos casos em que o instrumento estivesse preenchido de forma inadequada ou incompleta. Portanto, foram excluídas 15 mulheres do estudo devido ao preenchimento inadequado do instrumento.

O instrumento da coleta consistiu em um roteiro estruturado por 19 questões objetivas, elaborado a partir dos referenciais “Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso”¹¹ e o “Caderno de Atenção básica nº 13: controle para os cânceres de colo de útero e de mama”¹⁶.

Antes da coleta, o roteiro foi validado por cinco juízes especialistas na área temática do estudo, os quais analisaram a face e o conteúdo. Após as considerações dos juízes, o instrumento foi submetido a um teste piloto, com dez mulheres que apresentavam aspectos sociodemográficos próximos àqueles do local do estudo e contemplam os critérios de inclusão e, porém residentes na capital sergipana. Salienta-se que essas mulheres não fizeram parte da amostra.

A variável dependente foi o “Rastreamento do câncer de mama dos profissionais da atenção básica” considerando-se que o rastreamento seria considerado “completo” ou “incompleto”, levando em consideração as respostas das usuárias em comparação com as recomendações dos protocolos e diretrizes anteriormente mencionados^{11,16}. As variáveis independentes foram: idade em anos completos, situação marital (com ou sem companheiro), escolaridade²⁶, cor/raça autodeclarada²³, classe social²⁶, consulta ginecológica, profissionais responsáveis pela consulta, métodos para rastrear o câncer de mama^{11,16}, profissionais solicitantes de executantes dos métodos preventivos, orientações quanto à doença e ao rastreamento, profissionais responsáveis pelo repasse das orientações, locais/momentos onde foram realizadas essas orientações.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a setembro de 2016 por três entrevistadores devidamente identificados, treinados previamente pela pesquisadora responsável para garantir a qualidade da pesquisa. Não foram realizadas quaisquer intervenções que motivassem ou influenciassem as respostas das entrevistadas, garantindo a isenção dos pesquisadores durante a coleta.

A rotina de atendimentos dos profissionais e o fluxo de usuárias nas unidades foram preditores para estabelecer a sistemática da coleta. Assim, a coleta ocorreu em dois locais: na sala de espera das USF e nos domicílios das usuárias em companhia do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para evitar a dualidade de informações, semanalmente os instrumentos foram recolhidos e conferidos pela pesquisadora.

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel versão, 2010, por meio da dupla digitação independente, e foi feita a verificação do banco de dados com o cruzamento das informações. Para as variáveis qualitativas nominais e ordinais, a análise dos dados ocorreu de forma descritiva univariada e inferencial. Por meio da análise descritiva houve a categorização dos dados e obtenção das respectivas frequências, percentuais e medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão).

Para a análise inferencial, houve o cruzamento entre as variáveis qualitativas, utilizando-se o teste Exato de Fisher. As categorias “Outros” e “Não se aplica” presentes na tabela não foram utilizados nos testes. O software utilizado para a análise estatística foi o R, versão 3.3.1, com uma margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Para os cruzamentos significativos, foram calculados o *Odds Ratio* (OR) e o intervalo de confiança (IC).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, seguindo as diretrizes propostas pela Resolução nº 466/2012, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 38571314.0.0000.5546.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 295 mulheres com idade entre 52 e 69 anos, média de 59,66 anos e desvio padrão de 5,21. A maioria (89,83%) das mulheres foi assistida na USF 01, 49,15% eram pardas e 52,2% afirmaram viver com companheiro. Aproximadamente, 67% das mulheres possuíam menos de oito anos de

estudo e 99,66% pertenciam às classes sociais de baixo poder aquisitivo (C, D e E). Verificou-se que 92,88% das entrevistadas possuíam risco populacional para o câncer de mama.

A maioria das consultas ginecológicas foi realizada pelo enfermeiro. Do total das entrevistadas, 15,0% realizaram consultas há mais de dois anos. O enfermeiro, também, foi referido por 96,21% mulheres quanto à realização do ECM durante a consulta. Do total de 234 usuárias que afirmaram as solicitações de exames, 61,11% referiram que o médico solicitou a mamografia durante consultas generalistas. Sessenta e uma usuárias (20,67%) afirmaram que nenhum profissional solicitou nenhum exame (Tabela 1).

Tabela 1 - Práticas relacionadas aos métodos de rastreamento do Câncer de Mama de profissionais de saúde da atenção básica sob a perspectiva das usuárias da Atenção Básica. Barra dos Coqueiros, SE, Brasil. 2016. (n=295)

Variáveis	Enfermeiro (%)	Médico (%)	Ginecologista (%)	NSI ^{&} (%)
Consulta ginecológica	282 (95,60)	-	7 (2,37)	6 (2,03)
ECM [*]				
Sim	127 (45,03)	-	3 (42,85)	2 (33,33)
Não	155 (54,97)	-	4 (57,15)	4 (66,67)
Total	282 (100)	-	7 (100)	6 (100)
Solicitação de exames [#]				
MMG ^{**}	62 (84,93)	118 (82,51)	9 (64,28)	2 (100)
MMG e USG ^{##}	11 (15,07)	25 (17,49)	5 (35,72)	-
Total	73(100)	143 (100)	14 (100)	2 (100)

^{*}ECM: Exame Clínico das Mamas; ^{**}MMG: mamografia; ^{##}USG: ultrassonografia; [&]NSI: não sabe informar. ^{##} Não foram solicitados exames para 61 (20,67%) usuárias. Fonte: dados da pesquisa.

Em relação às orientações, mais da metade das entrevistadas afirmaram receber informações sobre o rastreamento do câncer de mama, com destaque para o enfermeiro citado por 44,41% das mulheres como fonte dessas informações. A mamografia e o autoexame das mamas (AEM) foram os temas mais abordados nessas orientações. (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das orientações sobre o Câncer de Mama e métodos de rastreamento referidos pelas usuárias da Atenção Básica. Barra dos Coqueiros, SE, Brasil. 2016. (n=196)

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Orientações sobre o câncer de mama		
Sim	196	66,44
Não	99	33,56
Momento das orientações [#]		
Visita domiciliar	5	3,82
Consulta	105	80,15
Exame de ginecológico	28	21,37
Palestra	24	18,32
Profissional responsável [#]		
Médico	72	24,41
Enfermeiro	131	44,41
Ginecologista	9	3,05
Agente Comunitário de Saúde	4	1,36
Outros	7	2,37
NSI*	15	5,08
Informações repassadas [#]		
Mamografia	122	67,18
Autoexame das mamas	100	55,73
Câncer de mama	106	55,73
Ultrassonografia	14	9,16
Acompanhamento com profissional de saúde	42	32,06
NSI*	14	
Sobre a MMG [#]		
Periodicidade do exame	82	27,80
Objetivo do exame	81	27,46
Público-alvo	39	13,22
Procedimento	32	10,85
Outros	1	0,34
NSI*	9	3,05

[#]Mais de uma opção referida pelas usuárias; *NSI: não sabe informar. Fonte: dados da pesquisa

Na análise univariada, verificou-se que a categoria profissional interferiu no atendimento relacionado ao rastreamento do câncer de mama, identificado pelo teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). A classe médica foi a principal responsável por rastrear as entrevistadas de forma incompleta, principalmente, devido à baixa realização do ECM. Entre os enfermeiros, houve uma paridade quanto à adequação do rastreamento (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre a classificação do rastreamento do Câncer de Mama e profissionais de saúde da Atenção Básica do município de Barra dos Coqueiros, SE, Brasil. 2016. (n=295)

Profissionais	Rastreamento do CM ^{&}		p-valor	OR ^{**}	IC [#]
	Adequado	Inadequado			
Enfermeiro	37 (50,68)	36 (49,32)	0,0164 [*]	2,08	1,18-3,66
Ginecologista/Médico	52 (33,12)	105 (66,88)			
Outros	1 (0,00)	0 (100,00)			
Não sabe informar	1 (33,33)	2 (66,67)			

[&]CM: Câncer de mama*; Teste Exato de Fisher; ^{**}OR: Odds Ratio; [#]IC95%: Intervalo de confiança.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A amostra apresenta características sociodemográficas compatíveis com estudos do Nordeste brasileiro²⁷⁻²⁹, onde se concentram altas taxas de analfabetismo, baixa renda e elevada SUS dependência. Essas características tornam-se desfavoráveis por interferir negativamente no rastreamento do câncer de mama, pela dificuldade de acesso, incompreensão da doença e dos métodos preventivos²⁸⁻³⁰.

Neste estudo, o enfermeiro foi o responsável pela maioria das consultas ginecológicas e pelo ECM, já o médico de saúde da família não foi referido em nenhuma das situações. Estudo brasileiro³¹ afirma que o enfermeiro é o principal responsável da atenção básica por assistir à mulher na saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, médicos e enfermeiros desse nível de atenção devem ser habilitados e ambos devem ser responsáveis pela consulta à mulher, conforme protocolos e leis nacionais^{11,16,20-21}. As ações de cada profissional são essenciais frente à detecção precoce, pois proporcionam uma visão integral e multidisciplinar da saúde da mulher^{16,18}.

Em relação ao ECM, os enfermeiros foram os mais citados por realizar o exame, possivelmente, porque realizaram a maioria das consultas. Contudo, ao comparar o total de mulheres atendidas pelo enfermeiro e a quantidade de ECM realizados, observa-se que mais da metade das mulheres não tiveram suas mamas examinadas.

O mesmo pode ser observado em São Luís/MA³³, onde somente 32,6% das usuárias da atenção básica citaram o enfermeiro como o responsável por examinar suas mamas³³. No sertão pernambucano, todas as enfermeiras de unidades de saúde da

família afirmaram realizar o exame durante a consulta³¹. Estudos primários de uma revisão integrativa afirmaram que o enfermeiro realiza pouco o ECM²¹.

A não referência ao médico na consulta ginecológica e no ECM pode ser explicada pela alta rotatividade, baixo conhecimento e desvalorização da área pelos próprios profissionais²⁰⁻²¹. Aproximadamente, 16% dos médicos relataram apresentar dificuldades para realizar o ECM, principalmente, aqueles com até três anos de formação. Somente 60,0% dos médicos se consideram aptos para realizar o exame²¹. A alta rotatividade dos médicos na atenção básica deve-se à busca por melhores oportunidades salariais e menor carga horária²⁰⁻²¹.

O ECM é uma atribuição do enfermeiro e do médico e compõe uma das etapas da consulta à saúde da mulher para detectar anomalias nas mamas¹⁶. A alta demanda e pouco conhecimento sobre o domínio na técnica podem afetar as ações dos profissionais durante a consulta. A busca pela capacitação torna-se uma alternativa para aumentar a realização do ECM, uma vez que a motivação por capacitação na área da saúde da mulher, geralmente, é citada pela maioria dos médicos e enfermeiros na literatura^{20-21,33-34}. Além disso, a não realização do ECM pode estar relacionada ao sistema de saúde pública, segundo pesquisa realizada no Hospital Regional de Barretos⁹.

Em relação à solicitação dos exames de imagem, ao observar a frequência de pedidos, o médico foi o mais referido. Porém, proporcionalmente o comportamento entre o médico e enfermeiro foi o mesmo, ou seja, esses profissionais solicitaram de forma equivalente a mamografia isolada em sua grande maioria. Estudo realizado em São Luís/MA³² identificou o médico como responsável pela maioria das solicitações de MMG (92,1%).

No sertão de Pernambuco³¹, somente 64,28% dos enfermeiros afirmaram requisitar a mamografia. Em capitais do Nordeste, enfermeiros solicitam pouca mamografia de rastreamento por entender que esta seja uma atribuição do médico³²⁻³⁴. Estudo realizado em São Luís/MA³², o enfermeiro somente deve realizar o ECM, em conformidade com o protocolo municipal. Caso encontre alguma alteração, deve encaminhar a usuária ao médico da equipe para requisitar a mamografia³². O baixo nível de conhecimento dos enfermeiros sobre essa requisição, também, interfere na quantidade de mamografia requisitadas, como foi observado em Mossoró/RN³⁵, onde somente 8,4% dos enfermeiros afirmaram ser a mamografia o exame mais indicado para rastrear o câncer de mama, em contraste com 72,3% que optaram pelo ECM. Segundo

legislação e protocolo nacionais^{15-16,36-37}, a MMG de rastreamento pode ser solicitada pelo enfermeiro como forma de intensificar a detecção do CM nos estádios iniciais.

Pesquisas em Ribeirão Preto³³, Mossoró³⁵ e no Chile³⁹ identificaram percentuais mais elevados sobre o repasse de informações acerca do câncer de mama ao comparar com este estudo. Em Mossoró/RN³⁵, mulheres que não receberam informações sobre o câncer de mama apresentaram maior chance de serem resistentes ao rastreamento. Por outro lado, ações educativas tiveram efeitos positivos na adesão ao rastreamento para a neoplasia das mamas entre mulheres carentes do Chile³⁹.

A maioria das mulheres afirmou receber as orientações em consulta generalistas e pelo enfermeiro. Atividades educativas e informações veiculadas nos diversos meios de comunicação são estratégias eficientes, contudo, a consulta ginecológica seria o ambiente mais seguro em relação à confiabilidade e ao sigilo de informações trocadas entre o profissional e a usuária.

Apesar do principal responsável pelas orientações ter sido o enfermeiro, considera-se baixo o percentual pela literatura^{16,37}. É uma atribuição de o enfermeiro executar atividades de educação para a população com o intuito de proporcionar a melhoria de sua saúde^{21,31,37} indo além de atividades tecnicistas^{16,37}.

A mamografia e o autoexame das Mamas (AEM) foram os temas mais citados pelas usuárias. Sobre a mamografia, a periodicidade, o objetivo do exame e o público-alvo foram os temas mais mencionados pelas mulheres. A mamografia é identificada como o principal assunto abordado em estudos brasileiros^{32-33,35}. Aspectos como idade prioritária para o rastreamento e periodicidade do exame, também, estiveram entre os aspectos mais abordados³²⁻³⁵.

A adesão a mamografia pode ser melhorada após intervenções educativas. Por meio dessas ações é possível desmistificar o medo da doença, o fatalismo associado aos diagnósticos e equívocos relacionados aos exames para o rastreamento. Estudos realizados no Chile³⁸⁻³⁹ verificaram que, para as mulheres, a mamografia era somente necessária quando o AEM apresentava alguma alteração.

Sobre o AEM, este estudo encontra-se em conformidade com demais estudos nacionais³²⁻³⁵. Em regiões menos desenvolvidas onde o acesso à mamografia é limitado, verifica-se que o AEM é bastante discutido e amplamente divulgado^{32-33,35}. E durante as campanhas de detecção precoce, o enfermeiro destaca-se pelo ensino do AEM a mulheres carentes^{20,33}. Entretanto, a mídia vem se sobressaindo em relação às orientações sobre o autoexame, podendo ser constatado em pesquisas brasileiras que os

meios de comunicação são um dos principais veículos difusores de informações sobre o AEM³². No entanto, prática do AEM deve ser incentivada como forma de a mulher conhecer seu próprio corpo, e corresponsável pela sua saúde.

Somente a disponibilização dos exames não garante a adesão ao rastreamento. Orientações quanto ao câncer de mama e sinais e sintomas de alerta da neoplasia, por meio de conversas informais e de ações educativas diversificadas favorecem a desmistificação sobre a doença e contribuem para uma maior adesão ao rastreamento.

No decorrer do estudo, verificou-se ainda que os médicos realizavam o rastreamento de forma incompleta por não realizarem o ECM. Já o enfermeiro não apresentou associação, havendo um equilíbrio quanto à qualidade do rastreamento. A possibilidade de o ginecologista e o médico de saúde da família realizarem o rastreamento de forma incompleta foi maior se comparado ao enfermeiro. Esse dado pode estar relacionado à alta rotatividade dos médicos e à baixa qualificação desses profissionais, como mencionado anteriormente.

Verifica-se, portanto, a importância dos gestores de saúde devam ofertar periodicamente cursos para capacitar todos os profissionais, com o intuito de garantir a assistência à saúde eficaz e seguro, como também favorece a fixação do profissional no local de trabalho^{19,33}.

Evidenciam-se condutas oportunísticas dos profissionais de saúde e dos serviços, por não possuir protocolo focado para realizar a captação das mulheres para o rastreamento, além de não possuir o mesmo padrão de atendimento, adotando posturas diversas. O estudo possibilitou identificar possíveis falhas no rastreamento para o câncer de mama, de modo que poderá ser utilizado por gestores locais como incentivo para sanar os problemas e, assim, melhorar o atendimento. Verificou-se a importância do papel do enfermeiro durante consulta à mulher, estando presente em todos os momentos das usuárias nos serviços. O enfermeiro tem a responsabilidade de sensibilizar a população feminina para o rastreamento do câncer de mama, assim como os demais profissionais da ESF a realizar continuamente os passos para detectar precocemente o câncer de mama.

Entre as limitações do estudo, está o possível viés de memória em perguntas que exijam da mulher fazer uma retrospectiva da consulta. No entanto, situações ligadas à saúde reprodutiva geralmente marcam de certa forma a vida da mulher, o que pode minimizar o viés.

CONCLUSÃO

O enfermeiro foi o profissional mais atuante na consulta ginecológica, porém, ao se tratar dos métodos preventivos para o câncer de mama ainda verifica-se falhas em certas condutas. Em relação a frequência de mamografia solicitadas, o enfermeiro solicitou em pequena quantidade se comparada com o total de médicos. Porém, proporcionalmente o enfermeiro aplicou a conduta correta ao solicitar a mamografia, equivalente ao médico.

O enfermeiro examinou as mamas abaixo do esperado e o médico de saúde da família foi o principal responsável pela incompleta aplicação do rastreamento do câncer de mama, uma vez que não realizou nenhum ECM. No entanto, esse profissional solicitou a maioria das mamografias das entrevistadas. Em relação às orientações a população, verifica-se a necessidade de ampliar as informações para uma maior parcela da população-alvo. O empoderamento da população sobre o tema é uma estratégia que gera bons resultados na detecção precoce da doença.

É emergente que a atenção básica do município implante um programa de capacitações para todos os profissionais de saúde, com o intuito de efetivar ações de rastreamento para o câncer de mama. Além disso, sugere-se a elaboração de um protocolo municipal, baseada em evidências científicas, adotando as atuais recomendações do MS em relação ao rastreamento para o câncer de mama e atenção à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):359-86.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção das mulheres. *Rev. Esc Enferm USP*. 2014;48(3):394-400.
4. Renck DV, Barros F, Domingues MR, Gonzalez MC, Sclowitz ML, Caputo EL, et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(1):88-96.

5. Barbosa IR, Costa ICC, Pérez MMB, Souza DLB de. Mortalidade por câncer de mama nos estados do nordeste do Brasil: tendências atuais e projeções até 2030. *Revista Ciência Plural*. 2015;1(1):4-14.
6. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Eds). *The Cancer Atlas*. Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014.
7. Barros AF, Uemera G, Macedo JLS, de. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer e mama e estratégias para a sua redução. *Femina*. 2012;40(1).
8. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. Philadelphia. 2009;151(10):716-726.
9. Silva TB, Mauad EC, Carvalho AL, Jacobs LA, Shulman LN. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. *Rural Remote Health [Internet]*. 2013;13.
10. Silva RFC, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(1):67-71.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de mama: Documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
12. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Santos-Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1537-50.
13. 12. Brasil. Lei N. 11668, de 29 de abril de 2008: dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 29 Abr 2008.
14. Brasil. Lei N. 12732, de 22 de novembro de 2012: dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 22 Nov 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília; 2013.
17. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):585-91.
18. Zapponi ALB, Tocantins FR, Vargens OMC. Detecção precoce do câncer de mama no contexto Brasileiro. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(3): 386-90.
19. Cavalcante SAM, Silva FB, Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):459-66.
20. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2014; 48(n. spe): 122-8.
21. Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(30):3-12.

22. Santos PP, Vilar, JWC. Do território do vazio ao “paraíso urbano”: o imobiliário-turístico na Barra dos Coqueiros (SE). Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação. Salvador: 2013.
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. Disponível em < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/>>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da Atenção básica. Histórico da cobertura da Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 16 de julho de 2015.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011 Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
26. Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Padrão de Classificação Econômica do Brasil/2015. São Paulo: ABEP, 2015.
27. Barreto ASB, Mendes MFM. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(2):86-91.
28. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. *Rev Rene.* 2015 mar-abr; 16(2):143-9.
29. Lages RB, Oliveira GP, Filho VMS, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. *Rev. Bras Epidemiol.* 2012; 15(4): 737-47.
30. Lauter DS, Berlezi EM, Rosanelli CDSP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde.* 2014; 7(1): 19-31.
31. Rodrigues FB, Santos JJP dos, Pinto WM, Brandão CS. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em um município do sertão pernambucano: uma abordagem da prática profissional. *Saúde Coletiva em Debate.* 2012; 2(1): 73-86.
32. Rabelo PPC. Ações do controle do câncer de mama entre usuárias da atenção básica em São Luís, MA. 2014 171f. Tese(Doutorado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
33. Moraes DC de, Almeida AM, Figueiredo, EM de. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(1): 14-21.
34. Costa FML, Enders BC. Actions of professionals of the family health strategy in early detection of breast câncer. *Rev enferm UFPE on line.* 2014; 8(7):2061-8.
35. Sousa CNS de. Rastreamento do câncer de mama: conhecimentos, práticas e resistência em mulheres atendidas na estratégia saúde da família. 2014. 80f. Dissertação (mestrado em saúde e sociedade) Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, 2014
36. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Nota técnica: Solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
37. Brasil. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986.

38. Font-Gonzalez A, Piñeros M, Vries E. Self-reported early detection activities for breast cancer in Colombia in 2010: impact of socioeconomic and demographic characteristics. *Salud Pública de México*. 2013; 55(4): 368-378.
39. Puschel K, Thompson B. Mammogram screening in Chile: Using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level. *Breast*. Author manuscript; available in PMC 2012. 20(Suppl 2): S40–S45.

6. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou verificar que:

- I. A maioria das usuárias possui um nível de escolaridade baixo, pertencentes às classes sociais de baixo poder aquisitivo, pardas, que viviam com seus companheiros;
- II. A amostra possui um risco populacional para o câncer de mama, uma vez que a maioria das usuárias não possui histórico pessoal e familiar de câncer de mama e/ou de ovário;
- III. A consulta ginecológica para a maioria das mulheres encontra-se no período aceitável para o acompanhamento periódico da saúde feminina;
- IV. A mamografia foi o principal método referido pelas usuárias;
- V. O SUS foi o sistema de saúde que prevaleceu entre as entrevistadas para realizar a mamografia, sendo realizadas com sucesso por meio deste sistema;
- VI. Algumas usuárias utilizaram outras fontes pagadoras para realizar a mamografia alegando a dificuldade para marcar o exame pelo SUS;
- VII. Nenhuma usuária conseguiu realizar a ultrassonografia por intermédio do SUS;
- VIII. Os aspectos sociodemográficos desfavoráveis escolaridade, local de atendimento e idade foram variáveis que interferiram negativamente na adesão ao rastreamento;
- IX. Mulheres com escolaridade baixa foram submetidas ao rastreamento do câncer de mama de forma inadequada principalmente relacionada à falta de realização do exame clínico das mamas;
- X. O rastreamento para o câncer de mama neste município foi inadequado, tendo o médico de saúde da família o principal responsável pela inadequada aplicação do rastreamento do câncer de mama, uma vez que não realizou nenhum exame clínico das mamas;
- XI. A necessidade de ampliar as informações para uma maior parcela da população-alvo, uma vez que mulheres com aspectos sociodemográficos desfavoráveis apresentaram dificuldade em ter acesso à consulta e aos exames;
- XII. O enfermeiro foi o profissional mais atuante na consulta ginecológica, apesar de ainda apresentar falhas em relação ao exame clínico das mamas e solicitação da

mamografia de rastreamento. Mesmo com deficiências, percebeu-se a importância do papel do enfermeiro durante consulta à mulher, estando presente em todos os momentos das usuárias nos serviços.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciam-se condutas oportunistas dos profissionais de saúde e dos serviços no presente estudo, em conformidade com a realidade de outros estudos realizados no nordeste brasileiro. Como reflexo, os princípios da integralidade, universalidade e equidade não foram garantidos à população feminina. A qualidade na atenção ao câncer de mama pode ser alcançada por meio de intervenções simples e de baixo custo, como capacitações periódicas dos profissionais de saúde, elaboração de um protocolo municipal de atendimento à mulher contemplando as recomendações nacionais para o rastreamento.

É emergente que a atenção básica do município implante um programa de capacitações para todos os profissionais de saúde, com o intuito de efetivar ações de rastreamento para o câncer de mama. Além disso, a elaboração de um protocolo municipal, baseada em evidências científicas, irá favorecer a melhoria nas condutas dos profissionais de saúde em relação ao rastreamento para o câncer de mama e atenção à saúde da mulher. Para tanto, deve-se adequar o rastreamento considerando as especificidades locais, como o diagnóstico social, econômico, demográfico e da saúde da população.

Enfim, sugere-se que estudos futuros devam ser realizados com o intuito de adequar os serviços à demanda da população para implantar um programa de rastreamento em conformidade com as condições do município e com os protocolos nacionais.

Vale ressaltar que o presente estudo apresentou limitações relacionadas à memória, a barreiras identificadas durante a coleta de dados (ex. ausência de um banco de dados municipal). Porém, foi possível realizar a pesquisa quando adotadas estratégias para contornar e minimizar a interferência nos resultados, como mencionado na metodologia.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. C.; GUIMARÃES, R. M.; SILVA, R. L. P. D. et al. **Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica**. Revista Brasileira de Cancerologia. 59(3): 341-349; 2013.
- ALEXANDRE, N. M. C., COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7): 3061-3068, 2011
- AMARO J, SEVERO M, VILELA S, et al. Patterns of breast cancer mortality trends in Europe. **The Breast**. 22: 244-253; 2013.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS. Practice bulletin no. 122: breast cancer screening. **Obstetrics and gynecology, New York**. 118(2): 372-382, 2011.
- ARRUDA, R. L., de et al. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Rev Rene**. 16(2):143-9; 2015
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2015**. São Paulo (SP): ABEP, 2015. Disponível em < <http://www.abep.org>>. Acesso em: 16 de julho de 2015.
- ATLAS, STEVEN J. et al. A Cluster-Randomized Trial of a Primary Care Informatics-Based System for Breast Cancer Screening. **J Gen Intern Med**. 26(2): 54–6, 2010.
- AZEVEDO E SILVA, G., BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T., AQUINO E.M.L., TOMAZELLI J.G., SANTOS-SILVA I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad Saúde Pública**, 30(7):1537-50, 2014.
- BARON, M.; SOUZA, L. M. B. M, da. Rede de atenção oncológica: como a estratégia saúde da família se percebe na assistência ao paciente com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 58(2): 2012.
- BARRETOS, A. S. B., MENDES, M. F. M., THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 34(2):86-91;2012.
- BARROS A.F., UEMERA G., MACEDO J.L.S., de. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**. 40(1): 2014.
- BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil**, v. 11, n. 2, p. 163-171, abr/jun. 2011.
- BELFER, A. O que tomossíntese e para que serve? **Revista Latinoamericana de Mastología**. 6(1): 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2015.

BRASIL. **Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama. Brasília, 2008. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11664-29-abril-2008-574731-publicacaooriginal-97838-pl.html>>. Acesso em 20 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2669 de 3 de novembro de 2009**. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html> . Acesso em 29 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Cadernos de Atenção Primária (nº. 29). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010b**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 12 de outubro de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios **Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 8 de dezembro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 20 de março de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política nacional para a prevenção do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em 12 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Acesso em 16 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a Detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização da Rede. **Monitoramento das ações de controle do câncer de mama: linha de cuidado e rede de atenção ao câncer de mama**. Boletim ano 6, nº 3. Rio de Janeiro: INCA, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a Detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a Detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) Brasil. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015d. 181p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da Atenção básica. **Histórico da cobertura da Estratégia Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2015e. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 16 de julho de 2015.

BUSHATSKY, M., BARROS, M. B. S. C., CABRAL, L. R. et al. Câncer de mama: ações de prevenção na estratégia de saúde da família. **J res.: fundam. care. Online.** 6(2):663-675; 2014

CAETANO S, JUNIOR JM, FINGUERMAN F, GOLDMAN SM, SZEJNFELD J. Mammographic Assessment of a Geographically Defined Population at a Mastology Referral Hospital in São Paulo Brazil. **PLOS ONE.** 8(9): e74270; 2013.

CALLEFI, M., RIEBEIRO, R. A., DUARTE FILHO, D.L. et al. A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil. **BMC Public Health.** 13;9:83; 2009.

CALLEFI, M., RIBEIRO, R. A., BEDIN Jr, A. J. et al., Adherence to a Breast Cancer Screening Program and Its Predictors in Underserved Women in Southern Brazil. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.** 19(10):2673-9; 2010

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. **CMAJ: Canadian Medical Association journal**, [Ottawa], 183(17): 1991-2001, nov; 2011.

CÂNDIDO, F. F. **Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama em mulheres no Brasil.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Orient. Dra. Lívia Perasol Bedin. 76f. Vitória, Espírito Santo, 2013.

CANALE, S.; BALLEYGUIER, C.; DROMAIN, C. Breast cancer imaging. **La Revue du praticien.** 63(10): 1378-1383; 2013.

CATAFESTA G., KLEIN, D. P., SILVA, E. F. S. et al. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. **Arq. Ciênc. Saúde.** 22(1):85-90; 2015

CAVALCANTE, Sirlei de Azevedo Monteiro, et al. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 59(3): 459-466; 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 159 de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em 20 de junho de 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 311 de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a reformulação do Código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em 20 de junho de 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e da outras providências. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 20 de junho de 2015.

DE CASTRO MATTOS, J. S. et al., The Impact of Breast Cancer Screening Among Younger Women in the Barretos Region, Brazil. **Anticancer Res.** 33(6):2651-5; 2013.

DIEKMANN, F.; BICK, U. Breast tomosynthesis. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI, Orlando*. 32(4): 281-287; 2011.

DIKSHIT RP, YEOLE BB, NAGRANI R, DHILLON P, BADWE R, BRAY F. Increase in breast cancer incidence among older women in Mumbai: 30-Year trends and predictions to 2025. **Cancer Epidemiology**. 36: 215–220; 2012.

FERLAY J., SOERJOMATARAM I., DIKSHIT R., et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**. 136(5): 359-86; 2015.

FERRAT, E. et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in france: Women's perceptions, attitudes, and knowledge. **Journal Family Practice**. 30(4): 445-451; 2013.

FREIMANIS R.I., YACOBOZZI M.. Breast Cancer screening. **N C Med J**. 75(2): 117-120; 2014.

GARTLEHNER, G. et al. Mammography in combination with breast ultrasonography versus mammography for breast cancer screening in women at average risk. **The Cochrane database of systematic reviews**. 4; 2013

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILBERT, F. J. et al. Digital Breast Tomosynthesis. Sheffield: **NHS Cancer Screening Programmes**, 2010. Disponível em:
<<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp69.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2014.

GIORDANO, L. et al. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. **J MedScreen**. 19(1):72-82; 2012.

GOMES, L. M. X.; ALVES, M. C.; SANTOS, T. B.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; LEITE, M. T. S. Conhecimento e prática do autoexame das mamas por acadêmicas de enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**. 28(4):465-473; 2012.

GONÇALVES, L. L. C., et al Avaliação da prática do exame clínico pélvico e de mamas realizados por enfermeiros. **Rev Reme**. 13(2):238-246;2009. 2009a

GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev. enferm. UERJ**. 17(3):362-7; 2009. 2009b

GONÇALVES, L. L. **Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento**. [Tese de Doutorado]. 143f. Orient. Ana Maria de Almeida. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP: Ribeirão Preto, 2013.

HAIKEL Jr., R. L. et al. Mammography-based screening program: preliminary results from a first 2-year round in a Brazilian region using mobile and fixed units. **BMC Women's Health**. 12:32;2012.

IARC. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. **World Cancer Report 2014**. Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild. Lyon, 2014.

INAGACKI, A. D. M, de et al. Prática para detecção precoce do câncer de mama entre docentes de uma universidade. **Rev. enferm. UERJ**. 16(3):388-91;2008

INCA. Instituto Nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil**: balanço 2012. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Tipos de câncer. **Câncer de mama**. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>> Acesso em março de 2015>. Acesso em 15 de março de 2015a.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativas 2015**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro/RJ: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 15 de maio de 2016.

INCA. Instituto Nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização da Rede. **Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama - Brasil e regiões, 2013**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=1R&uf=00>>. Acesso em: 02 junho de 2015.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 7, p. 1259-1270, jan/jul. 2011.

JACOMÉ E.M; SILVA R.M.; GONÇALVES M.L.C; COLLARES P.M.C.; BARBOSA I.L. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN. **Rev Bras Cancerol**, v. 57, n. 2, p. 189-98. 2011.

JEMAL A, VINEIS P, BRAY F, TORRE L, FORMAN D (Eds). **The Cancer Atlas. Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society**; 2014. Disponível em: <<http://www.cancer.org/canceratlas>>.

KAMEO, S. Y. et al. Education and cancer prevention: knowledge of brazilian students about breast cancer. Lagarto, Brazil, 2014. **Méd. UIS**.29(1):37-44; 2016.

KARSA, L. V.; ARROSSI, S. Development and implementation of guidelines for quality assurance in breast cancer screening: The European experience. **Rev. Salud Pública de México.** 55(3): 318-328; 2013

LAGES R.B., OLIVEIRA G.P., FILHO .VM.S., et. al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Tereseina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Rev. Bras Epidemiol.** 15(4): 737-47; 2012.

LIMA, A.L.P.R., de, et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** 27(7): 1433-1439; 2011.

LOPES, T. C. R. et al. Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico. **Rev Bras Promoç Saúde.** 28(3):402-410; 2015.

LOURENÇO, T.S.; MAUAD, E.C.; VIEIRA, R.A.C, da. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras Enferm.** Brasília/DF. 66(5): 585-591; 2013.

MARCONI, L. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, L. F. et al. The association between scheduling a gynecologic clinical visit and clinical breast examination in Rio de Janeiro. **Int J Gynaecol Obstet.** 131(3):289-92; 2015.

MARCHI, A. A., GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 32(4):191-7; 2010.

MARIANO E SOUSA, L. M. **O papel da enfermagem na busca pela adesão ao exame de mamografia como ferramenta importante para rastreamento do câncer de mama.** [Trabalho de conclusão de curso]. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 27 f. Orient. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo. Araçuaí, Minas Gerais, 2014.

MATTOS, J. S. C., de; CALEFFI, M.; VIEIRA, R. A. C., da. Rastreamento mamográfico no Brasil: Resultados preliminares. **Rev. bras. Mastologia;** 23(1)jan-mar 2013.

MELLO, G. A., FONTANELLA, B. J. B., DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS.** 12(2): 204-213, abr./jun; 2009

MENEZES, C. R. C., et al. O Estado de Sergipe: da Urbanização à formação metropolitana. In.: **Revista espaço Acadêmico** – nº 121, Aracaju. 144-151, 2011.

MICHELL, M. J. et al. A comparison of the accuracy of film-screen mammography, full-field digital mammography, and digital breast tomosynthesis. **Clinical radiology, Edinburgh.** 67(10): 976-981; 2012.

MITTRA, I. et al. A cluster randomized, controlled trial of breast and cervix cancer screening in Mumbai, India: methodology and interim results after three rounds of screening. **International journal of cancer, Genève**. 126(4): 976-984; 2010.

MONTENEGRO, S. M. S. L. et al. Ações de prevenção de câncer de mama entre docentes de enfermagem. **Cogitare Enferm**. 18(1):131-5; 2012.

MORAES, D. C., de, et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 50(1):14-21; 2015

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). International Cancer Screening Network. Breast Cancer Screening Programs in 26 ICSN Countries, 2012: **Organization, Policies, and Program Reach**. Bethesda, 2012.

NELSON, H. D. et al. Screening for breast cancer an update for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals Internal Medicine**. 151(10): 727-737; 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DOS COQUEIROS. **Dados municipais:** história e informações geográficas. Disponível em <<http://www.barradoscoqueiros.se.gov.br/dadosMunicipais>>. Acesso em junho de 2015.

RAFFERTY, E. A. et al. Assessing radiologist performance using combined digital mammography and breast tomosynthesis compared with digital mammography alone: results of a multicenter, multireader trial. **Radiology, Easton**, 266(1): 104-113, jan.; 2013.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 30(1):88-96; 2014.

RIBEIRO, R. A.; CALEFFI, M.; POLANCZYK, C. A.. Custo-efetividade de um programa de rastreamento organizado de câncer de mama no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 29(1): 131-145; 2013.

RODRIGUES, F. B. et al. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em um município do sertão pernambucano: uma abordagem da prática profissional. **Saúde Coletiva em Debate**. 2(1):73-86; 2012

ROSA, L.M; RADUNZ V.. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto Contexto Enferm**. 21: 980-9; 2012.

SANTOS P.P., VILAR, J.W.C. Do território do vazio ao “paraíso urbano”: o imobiliário-turístico na Barra dos Coqueiros (SE). **Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação**. Salvador: 2013.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Clinical breast examination: preliminary results from a cluster randomized controlled trial in India. **Journal of the National Cancer Institute, Bethesda**, 103(19): 1476-1480; 2011.

SCHMIDT M. I.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Quarto Fascículo da Série Saúde no Brasil. DOI: 10.1016/S0140-

6736(11)60135-9.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [online]. 30(9): 1987-1997; 2014.

SILVA, A. P. S., da et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres de uma Unidade Básica de Saúde: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs. (Online)**;10(1); 2011.

SILVA, A. B. A.. **Conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama**: o caso das mulheres residentes no distrito III, Recife, PE. [Monografia]. 53 f. Orient. Gizelle Campozana Gouveia. Recife, 2011.

SILVA, P. A, da; RIUL, S. S, da. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce **Revista Brasileira de Enfermagem**. 64(6): 1016-1021; 2011.

SILVA, R. F. C., da; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**. 58(1): 67-71; 2012.

SILVA T.B., MAUAD E.C., CARVALHO A.L., et. al. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. **Rural and Remote Health**. 13; 2013.

SKAANE, P. et al. Digital breast tomosynthesis (DBT): initial experience in a clinical setting. **Acta radiologica, Stockholm**. 53(5): 524-529; 2012.

SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; BRAWLEY, O. W. Cancer screening in the United States, 2012: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, New York. 62(2): 129-142, mar./apr; 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE. **Lista de discussão da sociedade brasileira de medicina de Família e comunidade**. Disponível (acesso restrito) em: <<http://www.grupos.com.br/group/sbmfc>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank memorial Fund Quartely**, New York. 83(3): 457-502; 2005.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. SCREENING FOR BREAST CANCER. U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Annals of internal medicine**. Philadelphia. 151(10): 716-726; 2009.

ZAPPONI, A. L. B., TOCANTINS, F. R., VARGENS, O. M. Da C. Detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro. 20(3): 386-390; 2012.

TAGGART, F., DONNELLY P., DUNN, J. Options for early breast cancer follow-up in primary and secondary care - a systematic review. **BMC Cancer**. 12:238; 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRANDA: MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL
ORIENTADORA: PROF^a DRA LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES

NOME DA PESQUISA: Rastreamento do câncer de mama na atenção básica: uma contribuição da enfermagem

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Manuella Silva Leite Pimentel

End.: Rua Jasiel de Brito Cortes, nº 715, edf Eucalipto, apt 104. Bairro Jabotiana. Aracaju/SE

Telefone para contato: 79 991002767; Email: enfamanuellasleite@gmail.com

ORIENTADORA: Leila Luiza Conceição Gonçalves

End.: Rua Urbano Neto, nº 573, Residencial J. Inácio. Bairro Coroa do Meio. Aracaju/SE

Telefone: 79 9989-2855; Email: leilaluiza@globo.com

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “Rastreamento do câncer de mama na atenção básica: proposta de intervenções de enfermagem”. Essa pesquisa possui como objetivo principal avaliar o rastreamento do câncer de mama na atenção básica. Para alcançar esse objetivo é necessário colher informações importantes sobre as condições sociais, demográficas e relacionada ao cuidado com as mamas de mulheres que possui idade entre 52 a 69 anos, idade recomendada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do câncer para se rastrear o câncer de mama o mais cedo possível.

A senhora foi selecionada a participar desta pesquisa por se encaixar nos seguintes critérios: ser usuária dos serviços de saúde de uma unidade de saúde escolhida para o estudo; e possuir idade entre 52 a 69 anos. A pesquisa será realizada em suas casas, por ser considerado o local mais confortável para você.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, a senhora tem liberdade em escolher participar ou não, como também se a senhora poderá desistir a qualquer momento desta pesquisa sem precisar apresentar justificativas para essa desistência. E essa interrupção não irá te prejudicar em nenhum momento de atendimento dentro da unidade básica de saúde, com nenhum profissional. É importante te informar que nenhum tipo de pagamento ou remuneração será oferecido pela sua participação. Sua identidade será reservada, não sendo revelado em momento algum, seu nome será mantido em segredo e todos os seus dados respondidos no questionário serão mantidos em sigilo.

Caso a senhora aceite participar, lhe será solicitado que responda a um questionário com aproximadamente 19 questões, com somente uma opção a ser

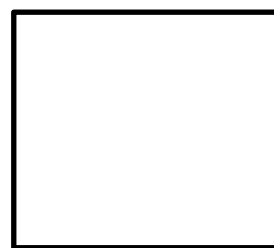
escolhida. Esse questionário contém perguntas gerais de sua vida e relacionadas aos cuidados com a mama, como: idade, estado civil, escolaridade, utensílios de casa, exames de rotina da mama, consulta ginecológica.

Se a senhora não se sinta confortável ao responder algumas perguntas do questionário, isso será respeitado porque sabemos que algumas questões podem trazer o desconforto e são sigilosas. Assim, a senhora pode interromper a qualquer momento, com a garantia que essa atitude não sofrerá nenhum tipo de dano.

A senhora aceitando participar desta pesquisa, poderá receber a resposta assim que finalizar a pesquisa ou a qualquer momento que tiver dúvidas ou qualquer esclarecimento sobre a pesquisa. Como também receberá uma cópia deste termo assinado pelo pesquisador responsável o qual possui todos os dados dele.

É importante ressaltar que as informações coletadas de todas as mulheres que aceitarem participar poderão ser utilizadas em apresentações de trabalho em congresso e publicações de artigos.

Eu, _____,
declaro ter recebido os esclarecimentos acima, ter compreendido tudo descrito acima e pude fazer perguntas e esclarecer dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida.



Aracaju/SE, ____/____/____.

Impressão digital

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora principal: _____

(Manuella Silva Leite Pimentel)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRANDA: MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL
ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Coletador: _____ Data: ____/____/____ Início: ____ h.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO																																						
[1] Iniciais do nome: _____	[2] Telefone: _____																																					
[3] Data de nascimento: ____/____/____	[4] Idade: _____																																					
[5] UBS: _____	[6] Área: _____																																					
[7] ACS/Microárea: _____																																						
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICAS:																																						
1] Qual a sua cor/raça? (ler as alternativas) <input type="checkbox"/> [1] branca <input type="checkbox"/> [2] parda <input type="checkbox"/> [3] preta <input type="checkbox"/> [4] amarelo <input type="checkbox"/> [5] indígena <input type="checkbox"/> [6] sem declaração	2] Situação Marital (A Sra. Vive...): (Leia as alternativas) <input type="checkbox"/> [1] com companheiro <input type="checkbox"/> [2] sem companheiro																																					
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>																																					
3] Até que ano da escola a Sr.^a estudou?																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #d9d9d9;"> <th colspan="3">Escolaridade da Entrevistada</th> </tr> <tr style="background-color: #d9d9d9;"> <th style="width: 45%;">Nomenclatura atual</th> <th style="width: 45%;">Nomenclatura anterior</th> <th style="width: 10%;">Marque a opção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>[1] Analfabeto (não estudou)</td><td>Analfabeto</td><td></td></tr> <tr><td>[2] Fundamental I incompleto</td><td>Primário incompleto</td><td></td></tr> <tr><td>[3] Fundamental I completo</td><td>Primário completo</td><td></td></tr> <tr><td>[4] Fundamental II incompleto</td><td>Ginásio incompleto</td><td></td></tr> <tr><td>[5] Fundamental completo</td><td>Ginásio Completo</td><td></td></tr> <tr><td>[6] Médio incompleto</td><td>Colegial Incompleto</td><td></td></tr> <tr><td>[7] Médio completo</td><td>Colegial Completo</td><td></td></tr> <tr><td>[8] Superior incompleto</td><td>Superior Incompleto</td><td></td></tr> <tr><td>[9] Superior completo</td><td>Superior completo</td><td></td></tr> <tr><td>[10] não sabe informar</td><td>-</td><td></td></tr> </tbody> </table>			Escolaridade da Entrevistada			Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior	Marque a opção	[1] Analfabeto (não estudou)	Analfabeto		[2] Fundamental I incompleto	Primário incompleto		[3] Fundamental I completo	Primário completo		[4] Fundamental II incompleto	Ginásio incompleto		[5] Fundamental completo	Ginásio Completo		[6] Médio incompleto	Colegial Incompleto		[7] Médio completo	Colegial Completo		[8] Superior incompleto	Superior Incompleto		[9] Superior completo	Superior completo		[10] não sabe informar	-	
Escolaridade da Entrevistada																																						
Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior	Marque a opção																																				
[1] Analfabeto (não estudou)	Analfabeto																																					
[2] Fundamental I incompleto	Primário incompleto																																					
[3] Fundamental I completo	Primário completo																																					
[4] Fundamental II incompleto	Ginásio incompleto																																					
[5] Fundamental completo	Ginásio Completo																																					
[6] Médio incompleto	Colegial Incompleto																																					
[7] Médio completo	Colegial Completo																																					
[8] Superior incompleto	Superior Incompleto																																					
[9] Superior completo	Superior completo																																					
[10] não sabe informar	-																																					
<div style="border: 1px solid black; width: 60%; margin: 0 auto; padding: 10px; text-align: center;"> 4] Anos completos de estudo da entrevistada: _____ anos </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 0 auto; margin-top: 10px;"></div>																																						
5] Qual o grau de instrução do chefe da família (até que ano da escola o chefe da família estudou)? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio) Marque com um X a opção que a entrevistada responder																																						

Escolaridade do chefe da família		
Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior	Marque a opção
[1] Analfabeto (não estudou)	Analfabeto	
[2] Fundamental I incompleto	Primário incompleto	
[3] Fundamental I completo	Primário completo	
[4] Fundamental II incompleto	Ginásio incompleto	
[5] Fundamental completo	Ginásio Completo	
[6] Médio incompleto	Colegial Incompleto	
[7] Médio completo	Colegial Completo	
[8] Superior incompleto	Superior Incompleto	
[9] Superior completo	Superior completo	
[10] não sabe informar	-	

6] Marque um X nos itens que a entrevistada responder que possui em seu domicílio

6.1] No domicílio (casa) da senhora tem: (LEIA CADA ITEM)

Itens de conforto	Não tem	Quantidade que possui				
	0	1	2	3	4 ou +	
[1] Televisão em cores						
[2] DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel						
[3] Banheiro						
[4] Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular						
[5] Empregada mensalista, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana						
[6] Máquina de lavar, excluindo tanquinho						
[7] Geladeira						
[8] Freezer, independente ou parte da geladeira duplex						
[9] Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones						
[10] lava-louça						
[11] Microondas						
[12] Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional						
[13] máquinas secadoras, considerando as que lavam e secam						

6.2] A água do seu domicílio (casa) é proveniente de que?

Item	Marque a opção
[1] Rede geral de distribuição	
[2] poço ou nascente	
[3] outro meio _____ (anotar)	

6.3] Considerando o trecho da rua do seu domicílio (casa), você diria que sua rua é:

Item	Marque a opção
[1] Asfaltada/pavimentada	
[2] terra/cascalho	
[3] outro _____ (anotar)	

Pontuação do CCEB: somatório das questões 3, 5 e 6 (6.1 a 6.3). **ATENÇÃO:** O sistema de pontuação do CCEB encontra-se em anexo no manual do coletador. Este deverá ser consultado para poder realizar a categorização da classe



[7] CCEB TOTAL DE PONTOS:



8] Classe social (a partir do somatório dos pontos do CCEB) <input type="checkbox"/> [1] Classe D-E (0 a 16 pontos) <input type="checkbox"/> [2] Classe C2 (17 a 22 pontos) <input type="checkbox"/> [3] Classe C1 (23 a 28 pontos) <input type="checkbox"/> [4] Classe B2 (29 a 37 pontos) <input type="checkbox"/> [5] Classe B1 (38 a 44 pontos) <input type="checkbox"/> [6] Classe A (45 a 100 pontos)		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
ASPECTOS RELACIONADOS AO ACOMPANHAMENTO GINECOLÓGICO		
9] A senhora faz a consulta ginecológica na Unidade básica de saúde (posto de saúde) <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim	9.a] Quando foi a última consulta? (ano) _____	
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Se sim, responder as questões 9.a e 9.b Se não, Encerrar a entrevista. </div> </div>	9.b] Qual foi o profissional que fez a consulta? <input type="checkbox"/> [1] Médico PSF <input type="checkbox"/> [2] Enfermeiro(a) PSF <input type="checkbox"/> [3] Ginecologista <input type="checkbox"/> [4] não sabe informar <input type="checkbox"/> [5] outros _____ <input type="checkbox"/> [99] não se aplica	
10] Durante a consulta, o profissional que atendeu a senhora examinou suas mamas (exame clínico das mamas)? <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] não sabe informar	10.a] Foi a primeira vez? <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [99] não se aplica	
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Se sim, responder as questões 10.a </div> </div>		
11] Em algum outro momento (consulta ou atividade realizada pelo profissional de saúde) alguém examinou suas mamas (exame clínico das mamas)? <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] sim	11.a] Quantos anos a senhora tinha quando suas mamas foram examinadas pela primeira vez? (ano) _____	
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Se sim, responder as questões 11.a e 11.b </div> </div>	11.b] Quando foi a última vez que um profissional de saúde examinou suas mamas na unidade básica de saúde (posto de saúde)? (ano) _____	
ASPECTOS RELACIONADOS AOS FATORES DE RISCO		
12] Alguém da sua família teve/tem câncer de mama? <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] não sabe informar	12.a] Qual o parentesco? <input type="checkbox"/> [1] mãe <input type="checkbox"/> [2] irmã <input type="checkbox"/> [3] filha <input type="checkbox"/> [4] pai <input type="checkbox"/> [5] outros _____ <input type="checkbox"/> [99] não se aplica	
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Se sim, responder as questões 12.a, 12.b </div> </div>	12.b] Com quantos anos esse parente teve o câncer? <input type="checkbox"/> [1] mais de 50 anos <input type="checkbox"/> [2] menos de 50 anos <input type="checkbox"/> [3] não sabe informar <input type="checkbox"/> [99] não se aplica	

<p>13] Alguém da sua família teve ou tem câncer de ovário?</p> <p> <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] não sabe informar </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> Se sim, responder a questão 13.a </div>	<p>13.a] Qual é o parentesco?</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] mãe <input type="checkbox"/> [2] irmã <input type="checkbox"/> [3] filha <input type="checkbox"/> [4] outros _____ <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> </div>
<p>14] Você já teve câncer de mama?</p> <p> <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> </div>	
<p>15] Classificação do Risco para o câncer de mama, de acordo com o consenso, 2004:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> [1] Risco elevado</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Risco populacional</p> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Se questões 12, 12a (itens 1, 2, 3 ou 4) e 12b (item 2) ou 13 (itens 1, 2, 3 ou 4), 13.a (itens 1, 2 ou 3) e/ou 14 positivas para o câncer de mama </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Se questões 12, 12a e 12b ou 13, 13.a e/ou 14 negativas para o câncer de mama </div> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>A QUESTÃO 15 SOMENTE SERÁ ASSINALADA PELO PESQUISADOR COM BASE NA AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DA MULHER PESQUISADA, APÓS A</p> </div>	
ASPECTOS RELACIONADOS AO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	
<p>16] Em alguma consulta com a equipe de saúde, foi pedido algum exame para as mamas?</p> <p> <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Se sim, responder as questões 16.a, 16.b, 16.c, 16.e, 16.f </div>	<p>16.a] Qual foi o exame?</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Mamografia <input type="checkbox"/> [2] Ultrassonografia <input type="checkbox"/> [3] Mamografia e ultrassonografia <input type="checkbox"/> [4] outros _____ <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> </div> <p>16.b] Quem solicitou o(s) exame(s)?</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Médico PSF <input type="checkbox"/> [2] Enfermeiro(a) PSF <input type="checkbox"/> [3] Ginecologista <input type="checkbox"/> [4] não sabe informar <input type="checkbox"/> [5] outros _____ <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> </div> <p>16.c] A senhora conseguiu fazer o exame?</p> <p> <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> Se não, responder a questão 16.d </div> <p>16.d] Por que a senhora não conseguiu fazer o exame?</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Dificuldade para marcar o exame <input type="checkbox"/> [2] incompatibilidade com o horário <input type="checkbox"/> [3] Sente-se desconfortável com o exame <input type="checkbox"/> [4] outros _____ <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> </div>

	<p>16.e] Quem pagou pelo exame?</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] SUS <input type="checkbox"/> [2] Plano de saúde <input type="checkbox"/> [3] particular <input type="checkbox"/> [4] não sabe informar <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: 700px;"></div> <p>16.f] Após receber o exame, o que a senhora fez?</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Procurou um profissional de saúde na unidade básica de saúde (do posto de saúde) <input type="checkbox"/> [2] marcou uma consulta particular <input type="checkbox"/> [3] marcou uma consulta em outra instituição pública <input type="checkbox"/> [4] contou ao agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> [5] não fez nada <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: 700px;"></div>
<p>17] A senhora recebeu alguma orientação sobre a importância de fazer o acompanhamento da saúde da mama?</p> <p> <input type="checkbox"/> [0] Não <input type="checkbox"/> [1] Sim </p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center; margin: 0 10px;"> → </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Se sim, responder as questões 17.a, 17.b, 17.c </div> </div>	<p>17.a] Qual profissional de saúde passou orientações sobre a saúde da mama a senhora? pode marcar mais de uma opção</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Médico PSF <input type="checkbox"/> [2] Enfermeiro(a) PSF <input type="checkbox"/> [3] Ginecologista <input type="checkbox"/> [4] Agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> [5] outros _____ <input type="checkbox"/> [6] não sabe informar <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: 700px;"></div> <p>17.b] Em que momento essas orientações sobre a saúde da mama foram passadas? Pode marcar mais de uma opção</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] durante visita domiciliar <input type="checkbox"/> [2] durante consulta <input type="checkbox"/> [3] durante exame de lâmina <input type="checkbox"/> [4] outros _____ <input type="checkbox"/> [5] não se lembra <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: 700px;"></div> <p>17.c] Quais informações ou orientações foram passadas para a senhora? Pode marcar mais de uma opção</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Sobre a mamografia <input type="checkbox"/> [2] Sobre o exame das mamas <input type="checkbox"/> [3] Sobre o câncer de mama <input type="checkbox"/> [4] Sobre a ultrassonografia <input type="checkbox"/> [5] Sobre a importância do acompanhamento com os profissionais de saúde <input type="checkbox"/> [99] não se aplica </p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: 700px;"></div>
<p>18] Qual(is) informação(ões) a senhora recebeu sobre a mamografia? Pode marcar mais de uma opção</p> <p> <input type="checkbox"/> [1] Sobre quanto tempo deve ser feito o exame <input type="checkbox"/> [2] Para que serve o exame <input type="checkbox"/> [3] Quem deve fazer o exame <input type="checkbox"/> [4] Como é feito o exame <input type="checkbox"/> [5] Outros _____ <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica </p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: 700px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Somente perguntar se uma das respostas da questão 17.c for “sobre a mamografia” </div>	

19] Classificação do Rastreamento para o câncer de mama realizado pela Equipe de Saúde da Família, segundo o documento do consenso (2004):

☐ [1] adequado —————→

Se questões 10, 16, 16.a, 16.c e\ou 16f forem positivas

☐ [2] inadequado —————→

Se questões 10, 16, 16.a, 16.c e\ou 16f forem negativas

**A QUESTÃO 19 SOMENTE SERÁ ASSINALADA PELO PESQUISADOR COM BASE NA
AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DA MULHER PESQUISADA, APÓS A ENTREVISTA**

Data do preenchimento: ____/____/____. **Fim:** ____h.

Assinatura do coletador: _____

APÊNDICE C – CARTA CONVITE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRANDA: MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL
ORIENTADORA: PROF^a DR^a LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES

Aracaju/SE, 03 de agosto de 2015.

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM”, com o objetivo geral de Avaliar o rastreamento do câncer de mama na atenção básica. E os objetivos específicos: 1. Identificar as estratégias para o rastreamento do câncer de mama realizadas; 2. Identificar a proporção de mulheres que realizam o rastreamento do câncer de mama; 3. Verificar associação entre o rastreamento do câncer de mama e aspectos sociodemográficos; 4. Identificar as barreiras para realizar a mamografia; 5. Verificar a atuação dos profissionais de saúde da atenção básica no rastreamento câncer de mama. Este trabalho é tema de projeto de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Sergipe/UFS, e conta, em sua metodologia, com a aplicação de roteiro estruturado de entrevista que será aplicado diretamente na população feminina que se encontra na faixa prioritária do rastreamento mamográfico para o câncer de mama assistidas pela Estratégia Saúde da Família do Município de Barra dos Coqueiros/SE. A partir dos resultados encontrados serão elaboradas algumas recomendação para contribuir com a melhoria da assistência a essas mulheres, considerando as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer e literatura especializada. Por este motivo, estamos pedindo sua prestimosa colaboração na validação do instrumento de coleta de dados, a fim de que os objetivos da pesquisa possam ser alcançados. Gostaríamos de saber suas sugestões e comentários sobre os instrumentos de coleta de dados para que possamos melhorar. Sua colaboração nos será muito valiosa.

Atenciosamente,

Leila Luíza C. Gonçalves
Profa. Dra. PPGEN/UFS

Manuella Silva Leite Pimentel
Pós-graduanda da PPGEN/UFS

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Rastreamento do câncer de mama na estratégia saúde da família: uma contribuição da enfermagem		2. Número de Participantes da Pesquisa: 295	
3. Área Temática: <i>Enfermagem em Saúde Coletiva / Saúde da Mulher</i>			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES			
6. CPF: 716.915.705-59		7. Endereço (Rua, n.º): URBANO NETO COROA DO MEIO COND. J. INÁCIO, CASA 05 ARACAJU SERGIPE 49035190	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (79) 3255-0344	10. Outro Telefone: 11. Email: leilaluiza@globa.com
12. Cargo: <i>Pesquisadora Principal / Professora Adjunta III</i>			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <i>04 / 08 / 2015</i>		<i>Leila Luiza Conceição Gonçalves</i> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE		14. CNPJ: 13.031.547/0001-04	15. Unidade/Órgão: <i>Programa de Pós-graduação em Enfermagem</i>
16. Telefone: (79) 3215-2076		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autoriza sua execução.			
Responsável: <i>Eliane do Po Rêgo</i>		CPF: <i>229792828-91</i>	
Cargo/Função: <i>COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO em Enfermagem</i>		<i>Eliane</i> Assinatura	
Data: <i>06 / 08 / 2015</i>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos" 07 de Agosto de 2015

Ofício nº 010/2015/ PPGEN

Ao Ilmo. Sr. Joacir Souza Santos
Secretário Municipal de Saúde Da Barra dos Coqueiros

Ilmo Sr. Secretário,

O Programa de Pós-graduação em enfermagem (PPGEN) da Universidade Federal de Sergipe apresenta a mestranda Enf. MANUELLA SILVA LEITE PIMENTEL, sob a orientação da Prof. Dra. Enf. Leila Luiza Conceição Gonçalves.

A mencionada mestranda deve cumprir como requisito do curso a realização de pesquisa para posterior defesa (projeto de pesquisa em anexo). Para cumprir com tal finalidade solicitamos autorização da Vossa Excelência para realizar coleta na população de mulheres atendidas pela atenção básica do referido município (atividades especificadas no documento em anexo). Salienta-se que este projeto seguirá todos os procedimentos éticos e legais regulamentados pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

Em tempo, comunicamos que a mestranda comparecerá pessoalmente para solicitar a autorização, bem como colocamos a disposição do senhor os contatos da mestranda, e da pesquisadora responsável (orientadora): Enfa. Manuella S Leite Pimentel - Telefone: 9846-2778 / 3025-32-96 email: enfamanuellasleite@gmail.com (mestranda) ou Profa. Dra. Leila Luiza Conceição Gonçalves - Telefone: 9989-2855. Email: leilaluiza@globocom

Desde já agradecemos sua colaboração em favor do desenvolvimento da ciência.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Eliana Ofélia Llapa Rodriguez
Coordenadora do PPGEN

Coordenação do PPGEN

Recebido

18/08/2015

Elton Rickartty



ANEXO

Segue abaixo as atividades necessárias para a coleta dos dados:

- Explicação sobre o projeto de pesquisa e sua importância para todas as equipes de saúde da família, onde será solicitada a colaboração de todos os profissionais de saúde de cada equipe durante o período da coleta de dados;
- Coleta de informações de todas as equipes de saúde sobre a população de estudo (quantitativo de mulheres de 50 a 69 anos sadias por área e microárea, endereço residencial);
- Realização da Coleta de dados, através de visita domiciliar, juntamente com o Agente comunitário de saúde de cada microárea/área;
- Após a consolidação dos dados e finalização da pesquisa, o resultado do estudo será repassado para todos os profissionais das equipes de saúde;
- Apresentação da final da dissertação a Diretoria da Atenção básica e ao Secretário de Saúde da Barra dos Coqueiros.

Coordenação do PPGEN



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DOS COQUEIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Barra dos Coqueiros, 18 de agosto de 2015.

Ofício nº 146/2015

Senhora Coordenadora,

Cumprimentando-a cordialmente, venho por meio deste autorizar a realização da pesquisa intitulada "Rastreamento do Câncer de Mama na Estratégia Saúde da Família: Uma Contribuição da Enfermagem" neste município pela Mestranda Manuella Silva Leite Pimentel, sob orientação da professora Leila Luiza Conceição Gonçalves. Desde já coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,



Joseff Souza Santos
Secretário Municipal de Saúde

À Coordenadora do PPGEN
Profª Drª Eliana Ofélia Llapa Rodriguez

Endereço: Via Lavanderia, nº 95 - Centro - CEP: 49.140-000

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rastreamento do câncer de mama na estratégia saúde da família: uma contribuição da enfermagem

Pesquisador: LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES

Versão: 1

CAAE: 50403915.2.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 108465/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Rastreamento do câncer de mama na estratégia saúde da família: uma contribuição da enfermagem que tem como pesquisador responsável LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES, foi recebido para análise ética no CEP UFS - Hospital Universitário de Aracaju da Universidade Federal de Sergipe / HU-UFS em 26/10/2015 às 09:36.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE **Município:** ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br